BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

TRAITÉ

DE

THÉRAPEUTIQUE

APPLIQUÉE

LISTE DES COLLABORATEURS

ACHARD, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Tenon.
ARNOZAN, professeur à la Faculté de Bordeaux.
AUBERT, médecin des hôpitaux de Lyon.
AUDRY, médecin des hôpitaux de Lyon.
AUVARD, accoucheur des hôpitaux de Paris.
BALLET, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
BALZER, médecin de l'hôpital Saint-Louis.
BARBE, chef du laboratoire de dermatologie à l'hôpital Saint-Antoine.
BARDET, rédacteur en chef du *Bulletin de Thérapeutique*.
BARIÉ, médecin de l'hôpital Tenon.
BARTH, médecin de l'hôpital Necker.
BAUMEL, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.
BERGÉ, ex-interne des hôpitaux de Paris.
BESNIER, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis.
BLANCHARD, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé à la Faculté de Paris.
BLIN, médecin de l'hospice de Vaucluse.
BOINET, médecin des hôpitaux, agrégé des Facultés, professeur à l'École de Marseille.
BOISSARD, accoucheur de l'hôpital Tenon.
BOUILLY, professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien de l'hôpital Cochin.
BOURCY, médecin de l'hôpital Tenon.
BRAULT, médecin de l'hôpital Tenon.
BRISSAUD, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
BROCQ, médecin de l'hôpital Broca.
BROUSSE, prof. agrégé à la Faculté de Montpellier.
BUCQUOY, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu.
BUDIN, membre de l'Académie de médecine, accoucheur de la Maternité.
CALMETTE, directeur de l'Institut Pasteur à Lille.
CAPITAN, ex-chef de clinique à la Faculté de Paris.
CATRIN, professeur agrégé au Val-de-Grâce.
CHANDELUX, professeur agrégé à la Faculté de Lyon.
CHARPENTIER, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé à la Faculté de Paris.
CHASLIN, médecin de l'hospice de Bicêtre.
CHAUFFARD, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Cochin.
CHEVALLEREAU, médecin de la Clinique des Quinze-Vingts.
COMBY, médecin de l'hôpital des Enfants Malades.
DALCHÉ, médecin des hôpitaux de Paris.
DREYFUS-BRISAC, médecin de l'hôpital Lariboisière.
DUBREUILH, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, médecin des hôpitaux.
DUCAMP, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.
DU CASTEL, médecin de l'hôpital Saint-Louis.
DUMONTPALLIER, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu.
ESTOR, professeur à la Faculté de Montpellier.
ÉTIENNE, professeur agrégé à la Faculté de Nancy.
FAISANS, médecin de l'hôpital de la Pitié.
FÉRÉ, médecin de l'hospice de Bicêtre.
FOURNIER, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de Paris.
FRANÇOIS-FRANCK, membre de l'Académie de médecine.
GALLIARD, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon.
GAUCHER, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
GELLÉ, membre de la Société de biologie.
G. DE LA TOURETTE, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Hérold.
GIRAUDEAU, médecin de l'hôpital Tenon.
GOUGUENHEIM, médecin de l'hôpital Lariboisière.
GRASSET, professeur à la Faculté de Montpellier.
HALLOPEAU, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis.
HAUSHALTER, professeur agrégé à la Faculté de Nancy.
HIRTZ, médecin de l'hôpital Laennec.
HUCHARD, membre de l'Académie de médecine.
HUET, chef du laboratoire d'électrothérapie à la clinique de la Salpêtrière.
HUTINEL, professeur à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants-Assistés.
JANET, professeur agrégé à la Faculté des lettres de Paris, docteur en médecine.
JOFFROY, professeur à la Faculté de Paris, médecin de l'asile Sainte-Anne.
JOSIAS, médecin de l'hôpital Trousseau.
KALT, médecin de la clinique des Quinze-Vingts.
KELSCH, membre de l'Académie de médecine, directeur de l'École du service de santé militaire de Lyon.
LABADIE-LAGRAVE, médecin de l'hôpital de la Charité.
LABORDE, membre de l'Académie de médecine.
LANCEREAUX, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu.
LANNOIS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux.
LAVERAN, membre de l'Académie de médecine, médecin principal de 1re classe.
LELOIR, professeur à la Faculté de Lille.
LEMOINE, professeur à la Faculté de Lille.
LEREDDE, ex-interne des hôpitaux de Paris.
LERMOYEZ, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
LONDE, ex-interne des hôpitaux de Paris.
LUBET-BARBON, ex-interne des hôpitaux de Paris.
LYONNET, médecin des hôpitaux de Lyon.
MAGITOT, membre de l'Académie de médecine.
MAGNAN, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'asile Sainte-Anne.
MAIRET, doyen de la Faculté de Montpellier.
MANQUAT, professeur agrégé au Val-de-Grâce.
MARIE, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hospice de Bicêtre.
H. MARTIN, médecin de l'hôpital Tenon.
MATHIEU, médecin de l'hôpital Andral.
MÉNIÈRE, médecin adjoint de l'Institution des Sourds-Muets.
MERKLEN, médecin de l'hôpital Laënnec.
MOLLARD, ex-chef des travaux biologiques à la Faculté de Lyon.
MOSSÉ, professeur à la Faculté de Toulouse.
MUSELIER, médecin de l'hôpital Lariboisière.
NETTER, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Trousseau.
ŒTTINGER, médecin de l'hôpital Broussais.
PANAS, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de Paris.
PARINAUD, ex-interne des hôpitaux de Paris.
PÉCHARMAN, médecin des asiles de la Seine.
PEYROT, professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.
PITRES, doyen de la Faculté de Bordeaux.
POZZI, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Broca.
RAUZIER, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.
RÉMOND, professeur agrégé à la Faculté de Toulouse.
RENAUT, professeur à la Faculté de Lyon.
RENDU, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Necker.
RICARD, professeur agrégé à la Faculté de Paris.
RICHARDIÈRE, médecin de l'hôpital Trousseau.
RITTI, médecin de l'asile de Charenton.
SABOURAUD, chef du laboratoire de la clinique de l'hôpital Saint-Louis.
SARDA, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.
SCHMITT, professeur à la Faculté de Nancy.
SEGOND, professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien de la Salpêtrière.
SÉRIEUX, médecin des asiles d'aliénés de la Seine.
SIREDEY, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
SOLLIER, ex-chef de clinique adjoint des maladies mentales à la Faculté de Paris.
SPILLMANN, professeur à la Faculté de Nancy.
SPRINGER, chef de laboratoire à la clinique médicale de la Charité.
STRAUS, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de Paris.
TALAMON, médecin de l'hôpital Tenon.
TAPRET, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
TEISSIER, professeur à la Faculté de Lyon.
TROISIER, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Beaujon.
VALUDE, médecin de la Clinique des Quinze-Vingts.
VERCHÈRE, chirurgien de Saint-Lazare.
VINAY, médecin des hôpitaux de Lyon.
WEREB, ancien interne des hôpitaux de Paris.
WEILL, professeur agrégé à la Faculté de Lyon.

506

TRAITÉ
DE
THÉRAPEUTIQUE
APPLIQUÉE

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE

ALBERT ROBIN

DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

SPÉCIALITÉS

TRAITEMENT DES MALADIES DE LA PEAU

Avec 4 Figures en couleurs hors texte

PREMIÈRE PARTIE

PAR MM.

H. HALLOPEAU
Membre de l'Académie de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

E. GAUCHER
Professeur agrégé
à la Faculté de Paris.

ERNEST BESNIER
Membre de l'Académie de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

P. AUBERT
Chirurgien
de l'Antiquaille.

R. DU CASTEL
Médecin
de l'hôpital Saint-Louis.

L. BROCQ
Médecin
de l'hôpital Broca.

C. BARBE
Chef du laboratoire de dermatologie,
à l'hôpital Saint-Antoine.

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

J. WEILL-MANTOU

PARIS
RUEFF ET Cie, ÉDITEURS
106, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 106
1897

Tous droits réservés.

MICROFILMED
AT HARVARD

BOSTON MEDICAL
NOV 21 1917
LIBRARY

TRAITEMENT

DES

MALADIES DE LA PEAU

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

NOTIONS PATHOLOGIQUES ET INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES GÉNÉRALES

SUR LES

MALADIES DE LA PEAU

BOSTON MEDICAL
NOV 21 1917
LIBRARY

PAR

H. HALLOPEAU

Médecin de l'hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté de Paris.
Membre de l'Académie de médecine.

I

Division des indications en pathologie cutanée.

Dans toute maladie, les indications thérapeutiques peuvent être fournies : 1° par la *cause prochaine* qui provoque et souvent domine toute l'évolution morbide et par les *causes secondes* qui peuvent intervenir ultérieurement; 2° par les *processus* qu'engendrent ces causes et les *lésions* qui en résultent; 3° par les *symptômes* liés à ces processus.

Ces indications paraissent répondre à tous les *desiderata*

lorsqu'il est possible d'y satisfaire; mais, malheureusement, pour la peau comme pour les autres organes, bien que peut-être à un degré moindre, il est loin d'en être toujours ainsi.

En premier lieu, la *cause prochaine* reste trop souvent peu accessible à nos moyens d'action en même temps qu'à nos recherches. On ignore, comme nous le verrons, celle des prédispositions diathésiques que mettent en jeu des influences accidentelles. Diverses maladies, qui constituent très certainement des espèces et reconnaissent par conséquent une cause unique et propre, nous sont également inconnues dans leur essence : nous citerons, parmi elles, le lichen de Wilson, le pityriasis rubra pilaire de Devergie-Richaud-Besnier, et le lichen chronique simplex de Vidal. Ce n'est qu'empiriquement que l'on peut essayer d'agir sur elles.

D'autre part, nombre de dermatoses ne présentent pas la condition étiologique que nous venons d'indiquer; elles ne sont pas de cause unique et propre; elles peuvent se développer avec des caractères très voisins et difficiles à différencier, sous des influences multiples : elles dépendent d'un même processus mis en jeu par des causes différentes. Ces dermatoses ne constituent pas des maladies dans l'acception complète de ce mot; nous continuons à leur appliquer la dénomination d'*affections*, dénomination peut-être démodée aujourd'hui, car on ne la retrouve guère dans les ouvrages récents, mais digne d'être conservée et éminemment utile, puisqu'elle répond à une conception juste des faits.

Nous citerons, comme types d'affections, les eczémas, les érythèmes, les purpuras, les urticaires, les acnés, les pemphigus, les hypercrinies, etc. Les indications causales sont nécessairement multiples dans ces états morbides et trop souvent aussi en dehors de nos moyens d'action.

On doit reconnaître cependant que le nombre de ces affections, répondant à des états morbides incomplètement différenciés, a notablement diminué dans ces dernières années. C'est un des grands mérites de notre école dermatologique contemporaine d'avoir distingué, parmi les états morbides

groupés sous une même dénomination, des types formant *espèces* et méritant ainsi le nom de *maladies*.

Les indications fournies par les *processus* se confondent en partie avec celles que donne la cause prochaine en ce sens que souvent celle-ci reste active pendant toute la durée de la maladie et que le processus lui étant étroitement subordonné se développe et s'éteint avec elle; il en est de la sorte, par exemple, pour la plupart des inflammations et des dystrophies d'origine parasitaire. On ne peut s'expliquer autrement les résultats parfois si surprenants du traitement abortif de l'érysipèle, non plus que l'action des mercuriaux sur les syphilides et celle de l'iodure de potassium sur les gommes syphilitiques; on voit des impétigos disparaître pour ainsi dire du jour au lendemain, sous l'influence de simples préparations boriquées; de même l'eczéma scabiéique et les troubles de nutrition que provoque le trichophyton dans les parties accessibles aux médications locales guérissent souvent dès que le parasite a été détruit. On ne peut cependant appliquer d'une manière absolue aux processus l'axiome « *sublata causa tollitur effectus* »; nous en avons pour témoins ceux qui sont provoqués par l'action sur le tégument de substances irritantes : telle est, par exemple, une dermite pustuleuse déterminée par l'application d'huile de croton; il faut, alors même que l'action irritante a été tout à fait passagère, que l'inflammation suive son évolution; de même on peut voir, après une simple application de teinture d'arnica, survenir une phlegmasie qui, caractérisée en premier lieu par du gonflement et de la rougeur, devient parfois vésiculeuse et pustuleuse et se prolonge ainsi pendant plus de quinze jours; le processus peut donc avoir son évolution propre, indépendante de sa cause initiale.

On peut se demander s'il y a réellement dans ces processus une source d'indications thérapeutiques; ils ne sont en effet que des modes de réaction de l'organisme contre les perturbations apportées dans sa nutrition et ses fonctions par les diverses causes nocives. Ils constituent ainsi des actes de défense

et doivent par conséquent être considérés comme utiles. Il n'est pas douteux, par exemple, que les phénomènes de réaction provoqués par les microbes pyogènes n'aient pour but d'en circonscrire l'action et d'en favoriser la destruction par phagocytose. Il est bien vraisemblable qu'il en est de même des néoplasies inflammatoires dont divers agents infectieux amènent le développement. Il semblerait donc que l'action du médecin sur ces phénomènes dût être nulle. Il ne faudrait pas cependant accepter dans toute sa rigueur une pareille conclusion : d'une part, en effet, les phénomènes de réaction peuvent s'accentuer outre mesure; ils deviennent alors par eux-mêmes nuisibles et l'on est en droit de les modérer; d'autre part, ils peuvent constituer des épiphénomènes sans effets curatifs sur la maladie : nous citerons pour exemple l'eczéma scabiéique; d'autres fois enfin, la réaction provoquée par l'agent infectieux est fatalement impuissante en même temps que nuisible à d'autres points de vue : il en est ainsi des suppurations trichophytiques.

Il y a donc bien des indications fournies par les processus morbides.

Les *lésions*, n'étant que le résultat des processus, donnent lieu aux mêmes indications; elles peuvent, en outre, en fournir par elles-mêmes; c'est ainsi que l'excoriation consécutive aux éruptions vésiculeuses, pustuleuses et bulleuses, les exfoliations épidermiques, les hyperkératoses méritent l'intervention de la thérapeutique.

Enfin, l'on satisfait le plus souvent aux *indications symptomatiques* en répondant aux divers ordres d'indications que nous venons d'énumérer. C'est ainsi que la frotte fait disparaître le plus souvent le prurit de la gale, que l'on évite les sensations pénibles liées à l'urticaire en empêchant par l'enveloppement cette éruption de se développer. Mais cependant, en dehors de ces faits qui constituent la règle, il en est d'autres où le symptôme semble bien être par lui-même une source d'indications. Considérons par exemple le prurit scabiéique : nous savons que si, le plus souvent, comme nous l'avons

dit, il disparaît aussitôt que l'acare a été détruit, il est au contraire des sujets chez lesquels, en raison sans doute d'un état névropathique indéterminé, la sensation pénible qui provoque le grattage se prolonge pendant des semaines après la guérison de la maladie et en l'absence de toute éruption autre que celle qui est amenée par ce grattage lui-même. De même, le prurit vulvaire et le prurit anal peuvent se produire et persister avec une grande intensité sans lésions suffisantes pour les expliquer. L'expérience nous enseigne, d'autre part, que l'on peut très notablement soulager les souffrances provoquées par les phlegmasies cutanées en les traitant localement par des applications émollientes : sans doute, on modifie ainsi l'hyperémie cutanée et l'on peut, en partie, s'expliquer par là le soulagement produit, mais on peut admettre avec vraisemblance une action concomitante s'exerçant sur les terminaisons des nerfs sensitifs et contribuant ainsi à apaiser la douleur.

Il résulte de ces considérations que la division formulée ci-dessus peut, sous les réserves indiquées, nous servir de guide dans l'étude générale des indications thérapeutiques.

II

Indications fournies par les causes.

Les causes des dermatoses peuvent être *intrinsèques* ou *extrinsèques*.

A. — CAUSES INTRINSÈQUES

Nous aurons à considérer, d'une part, les *vices de nutrition congénitaux généraux ou locaux*, d'autre part, les *troubles que peuvent subir les fonctions des différents organes*.

1° Vices de nutrition.

Il y a lieu de placer en première ligne les *diathèses;* on appelle ainsi des modifications du type physiologique ayant

pour effet de diminuer la résistance de l'organisme contre certaines influences morbifiques, de le prédisposer à certaines affections et d'imprimer à ses réactions une physionomie spéciale. Elles sont au nombre de deux : l'arthritisme (englobant l'ancien herpétisme) et la scrofule.

Leurs manifestations sont le plus souvent provoquées par une influence extrinsèque accidentelle, telle qu'une irritation ou une invasion locale microbienne.

Les notions nouvelles qui ont étendu dans des proportions si considérables le champ des maladies infectieuses semblent avoir, par cela même, réduit l'importance du rôle que les générations précédentes attribuaient aux diathèses. Souvent, ces états constitutionnels n'agissent qu'en fournissant un terrain favorable à certains microbes; le fait est de toute évidence pour la scrofule : la plupart des affections qu'on lui rapportait naguère ne sont autres que des localisations diverses de la tuberculose.

Il est très probable qu'une partie des dermatoses rattachées jusqu'à ces derniers temps à l'arthritisme sont également liées à des invasions microbiennes, bien que la démonstration directe n'ait pu encore en être fournie : il en est très vraisemblablement ainsi du rhumatisme articulaire aigu, et par conséquent des éruptions qui l'accompagnent : il en est de même des érythèmes polymorphes et du pityriasis rosé.

Il faut actuellement réserver le nom d'*arthritis* à la prédisposition qu'offrent certains sujets à avoir des arthropathies subaiguës ou chroniques, des migraines, de l'asthme nerveux, de la bronchorrhée, de l'emphysème pulmonaire, de la dyspepsie, des hémorroïdes, et, comme affections cutanées, de l'eczéma, de la séborrhée entraînant une alopécie précoce, de l'acné, et aussi certains psoriasis : un des caractères de l'arthritisme est l'intensité avec laquelle les téguments réagissent sous l'influence des irritations dont ils sont le siège. On ignore jusqu'ici quelle est la cause prochaine de cet état diathésique. Bouchard y a signalé un ralentissement de la nutrition et Gaucher en a conclu à une auto-

intoxication par les produits azotés incomplètement brûlés; quelle que soit l'importance de ce dernier facteur, il ne nous paraît pas suffire à expliquer la généralité des faits : d'une part, en effet, la production de la séborrhée et des affections qui lui sont liées indique plutôt un trouble dans l'élaboration des substances hydro-carbonées; d'autre part, la production de l'asthme ainsi que l'intensité si remarquable de la réaction cutanée sous l'influence des topiques irritants témoignent plutôt en faveur de *névroses sécrétoires* et *vasomotrices*.

On attribue, à tort ou à raison, une action aux alcalins sur la diathèse arthritique.

En raison de ses relations avec un excès des recettes sur les dépenses, les indications principales qui lui répondent sont l'exercice au grand air et une alimentation modérée.

On peut se demander si l'on est toujours en droit de combattre les manifestations cutanées de cette diathèse, par exemple les eczémas très étendus : on a, en effet, signalé maintes fois une sorte de suppléance entre cette dermatose et des manifestations viscérales, particulièrement du côté des voies respiratoires. La plus grande circonspection est donc de rigueur dans ces circonstances.

L'idée de *scrofule* se confond aujourd'hui avec celle de prédominance du système lymphatique; cet état constitue une prédisposition incontestable et puissante à la tuberculose; on lui rattache des eczémas, des impétigos et même des adénopathies dont la nature tuberculeuse ne peut être démontrée.

On agit efficacement sur la scrofule en plaçant les sujets dans de bonnes conditions hygiéniques, particulièrement au bord de la mer; les préparations iodées et l'huile de foie de morue constituent d'utiles adjuvants.

Les prédispositions connues sous le nom d'*idiosyncrasies* échappent complètement à l'action de la thérapeutique.

Il n'en est pas de même de celles qui constituent la *réceptivité* et l'*immunité morbides*.

Les privations, les mauvaises conditions hygiéniques, les

excès de toute nature peuvent placer l'organisme dans des conditions où il est plus vulnérable; en modifiant le genre d'existence, on peut par cela même modifier le terrain.

Les résultats obtenus récemment par les injections de toxines spécifiques permettent d'espérer que le jour viendra où l'on pourra placer l'organisme dans des conditions d'immunité à l'égard des maladies infectieuses les plus redoutables.

Nous avons eu, avec H. Roger, quelques résultats favorables en traitant localement le lupus par des inoculations de toxines érysipélateuses. De même, Richet et Héricourt ont exercé, nous l'avons constaté par nous-même, une action incontestable sur l'incubation de néoplasies cancéreuses en introduisant dans l'organisme des toxines de cette même nature, mais elle est malheureusement passagère; en fait, les *prédispositions locales* qui amènent le développement des néoplasies malignes ou bénignes, telles que les carcinomes, les épithéliomes, les nævi, les xanthomes, demeurent jusqu'ici peu accessibles à nos moyens d'action autres que l'ablation totale, et l'on ne sait que trop que celle-ci est souvent impraticable.

2° Troubles des fonctions.

Ils comptent parmi les causes les plus importantes de dermatoses.

L'*insuffisance urinaire* peut donner lieu à un prurit intensif et persistant, plus rarement à du purpura.

Le *diabète* se traduit souvent par des affections cutanées que nous diviserons, avec Brocq, en deux catégories.

Les unes sont directement provoquées par le contact irritant de l'urine chargée de sucre et les ferments qui s'y produisent; elles consistent en un prurit accompagné généralement, soit d'érythème, soit d'eczéma aigu ou chronique; ces altérations occupent les régions qui peuvent être en contact avec l'urine chargée de glycose, et aussi les parties voisines, particulièrement les aines et le périnée.

Les autres se développent, par un mécanisme encore indéterminé, en différentes régions de la surface cutanée : ce sont parfois des papillomes, plus souvent des furoncles, des anthrax ou des gangrènes qui peuvent être très étendues en surface et en profondeur : le traitement général est ici le plus important; on doit lui associer le traitement local par les antiseptiques non irritants ainsi que par les moyens propres à calmer le prurit.

Les troubles des *fonctions biliaires* agissent surtout sur la peau quand ils se traduisent par de l'ictère; la matière colorante de la bile, en s'infiltrant dans le derme, donne lieu à un prurit intense et, par suite, à une éruption de prurigo qui résistent à tous les traitements jusqu'au jour où le cours de la bile vient à se rétablir : c'est donc là que doit viser le thérapeute. D'autre part, l'acholie peut entraîner la production d'hémorragies cutanées multiples.

Les troubles des *fonctions digestives* et les *vices d'alimentation* entrent pour une large part dans la production des dermatoses.

Les fermentations anormales qu'entraîne la *dilatation de l'estomac* peuvent se traduire par la production d'eczéma, d'urticaire ou d'acné; on peut, en pareils cas, agir efficacement sur la dermatose par un traitement approprié de l'affection gastrique.

La genèse microbienne qui donne lieu à la production de l'eczéma séborrhéique paraît reconnaître pour condition prochaine l'élimination de matières grasses en quantité ou de qualité anormales : la réduction dans l'ingestion des aliments qui engendrent ces matières et le traitement des fermentations anormales qui peuvent en amener l'altération sont dès lors les moyens généraux indiqués pour agir utilement sur cette dermatose.

Les ptomaïnes, dont la pénétration dans le sang est, selon toute vraisemblance, la cause prochaine de la plupart des formes de pemphigus chronique, y compris la dermatite herpétiforme, sont-elles engendrées dans l'estomac? On peut

le supposer sans en avoir jusqu'ici la démonstration directe et, dans cette hypothèse, les antiseptiques gastriques seraient les moyens indiqués pour combattre ces redoutables dermatoses.

Les altérations des *capsules surrénales* peuvent donner lieu à la mélanodermie : on est sans action sur elles.

Les *troubles cardiaques* n'agissent sur la nutrition de la peau que par l'obstacle qu'ils peuvent apporter à la circulation veineuse ou parfois par des embolies : il en résulte, soit des purpuras, soit des érythèmes dont on peut avoir raison en amenant, par une médication appropriée, la compensation de la lésion valvulaire, soit des gangrènes.

Les *troubles de l'innervation* sont, comme l'a surtout bien mis en évidence Leloir, des causes fréquentes de dermatoses. Les nerfs en effet exercent, soit directement, soit par l'intermédiaire des vaisseaux, une action sur la nutrition de la peau; il peut en résulter des altérations des plus variées.

On doit admettre, en premier lieu, l'existence de dermatoses d'*origine psychique :* il en est ainsi des diverses formes de stigmates qui, chez les hallucinés, peuvent se produire en diverses régions de la surface cutanée, mais plus particulièrement aux extrémités : ce sont, soit de simples érythèmes, soit des lésions plus profondes telles que des éruptions bulleuses; des phénomènes analogues peuvent être produits *par suggestion* (Bernheim, Dumontpallier, Luys). En pareil cas, c'est en toute évidence à l'état mental que doit s'adresser surtout la thérapeutique.

Les *encéphalopathies* peuvent entraîner des lésions passives de la peau consécutivement à l'anesthésie et à la paralysie qui empêchent les malades de soustraire à des compressions trop prolongées certaines parties du corps : ces lésions sont lentes à se produire.

Les altérations à début brusque des parties du cerveau que traverse le tractus moteur peuvent également donner lieu à des lésions trophiques dont le développement est si rapide qu'elles supposent nécessairement un trouble tropho-

névrotique : on doit à Charcot d'avoir mis ces faits en lumière.

Ces deux ordres de lésions cutanées, passives et actives, peuvent également s'observer dans les affections de la *moelle* et des *troncs nerveux*.

Parmi les lésions actives liées aux altérations des *nerfs périphériques*, il faut citer des érythèmes, des éruptions papuleuses, vésiculeuses (le zona), bulleuses ou pustuleuses, des atrophies, des hémorragies, des dyschromies, des gangrènes.

Dans le syndrome décrit par Maurice Raynaud sous le nom *d'asphyxie locale des extrémités*, les altérations sont subordonnées aux troubles de l'innervation vaso-motrice : elles consistent en une décoloration de la peau accompagnée d'anesthésie, de sensations pénibles, et parfois d'éruptions bulleuses, d'ulcérations et de gangrènes siégeant le plus souvent aux extrémités digitales. Ces lésions peuvent aussi intéresser le lobule du nez et la conque de l'oreille.

Différentes formes de sclérodermie reconnaissent de même pour cause prochaine des troubles de l'innervation.

Brocq et Jacquet font également jouer à ces troubles un rôle prédominant dans la genèse de la maladie décrite par Vidal sous le nom de *lichen simple chronique*.

Dans le *prurigo de Hebra*, les troubles de l'innervation sensitive sont prédominants; ce sont eux qui entraînent secondairement, par le grattage, des lésions persistantes de la peau, sans qu'il soit possible de déterminer, comme pour les affections précédentes, si le système nerveux est intéressé primitivement ou secondairement sous l'influence d'agents toxiques.

Les troubles trophiques de la peau peuvent être encore d'origine réflexe : nous avons vu, chez un arthritique, la vésication intense d'une des régions mamelonnaires déterminer, quelques jours après, une pustulation dans la région symétrique; de même, nous avons vu une gangrène du genou causée par la galvanisation amener peu de temps après une altération semblable dans la partie symétrique de l'autre membre.

Nous avons rapporté également à une modification nutritive d'origine réflexe les localisations des gommes syphilitiques dans des régions exactement semblables des deux moitiés du corps.

Nous mentionnerons enfin comme dermatoses réflexes la roséole qui se produit chez certains sujets, lorsqu'on les découvre, ainsi que la rougeur de la pommette chez les pneumoniques.

La thérapeutique n'est pas sans action sur la plupart de ces dermatoses d'origine tropho-neurotique : elle peut s'adresser, suivant les cas, à l'état général par l'exercice physique et l'hydrothérapie ou aux modificateurs locaux, dont le plus puissant est l'électrisation pratiquée suivant divers modes.

La *menstruation* peut être la cause d'éruptions cutanées, particulièrement d'acné mentonnière.

Dans la *grossesse*, on a signalé des éruptions vésiculeuses ou bulleuses, probablement d'origine réflexe ; la maladie décrite par Kaposi sous le nom d'*impétigo herpétiforme* a été observée jusqu'ici presque exclusivement chez les femmes enceintes, sans que l'on puisse déterminer quelle en est la cause prochaine : l'accouchement prématuré répondrait donc seul à l'indication étiologique s'il était justifié.

Les troubles des *fonctions de la peau* engendrent diverses dermatoses.

Nous avons indiqué déjà précédemment quelle est l'influence exercée par les troubles de son innervation vasculaire ou trophique.

Il nous reste à nous occuper des altérations que peuvent présenter les *fonctions de ses glandes* et à en indiquer le rôle pathogénique. Elles ne sont encore qu'incomplètement étudiées.

L'*hypersécrétion des glandes sébacées*, dont nous avons indiqué précédemment le mode probable de production, donne lieu à des éruptions d'aspect très divers. Elle paraît être, concurremment avec une augmentation de l'excrétion graisseuse par les glandes sudoripares et des invasions micro-

biennes auxquelles elle fournit un terrain favorable, la cause prochaine de l'eczéma séborrhéique et sans doute aussi des éruptions psoriasiques, avec lesquelles il coïncide fréquemment; la même hypersécrétion, et peut-être aussi une altération du produit excrété, donne lieu à diverses formes d'acné. Nous lui avons également attribué un rôle dans la pathogénie du pityriasis rubra pilaris.

Le trouble que cette hypersécrétion sébacée entraîne dans la nutrition des poils est la cause la plus habituelle de l'alopécie.

Les indications qui ressortent de cette séborrhée sont, d'une part, de réduire l'ingestion des aliments susceptibles d'augmenter l'excrétion de matières grasses, c'est-à-dire les graisses et les substances amylacées, et de régler, dans la mesure du possible, les fonctions digestives, de manière à éviter l'absorption de graisses en quantité ou de qualités anormales; d'autre part, d'éliminer par des savonnages fréquents les graisses qui peuvent s'accumuler sur la surface cutanée et dans les orifices glandulaires, et enfin de détruire, par des applications parasiticides dont les plus efficaces sont les sulfurées, les microbes qui trouvent là un terrain favorable.

Les *hypersécrétions sudorales* peuvent survenir sous l'influence de la chaleur et des troubles de l'innervation sécrétoire. Ces hypersécrétions sont souvent localisées.

Elles sont une cause fréquente d'éruptions qui peuvent offrir les caractères de miliaire, de sudamina, d'érythème, d'eczéma ou de dysidrose; elles peuvent jouer un rôle dans la production de l'eczéma séborrhéique.

Il appartient à la prophylaxie d'agir sur la cause prochaine de ces hypersécrétions : il faut en outre s'opposer au séjour sur la surface cutanée des produits excrétés et traiter localement les éruptions qu'ils ont provoquées.

Les altérations des glandes sudoripares paraissent enfin jouer un rôle prédominant dans la genèse des *hyperkératoses* congénitales palmaires et plantaires; ici encore le traitement ne peut être que palliatif.

B. — CAUSES EXTRINSÈQUES

Elles peuvent être *physiques*, *mécaniques*, *chimiques*, ou *animées*.

1° Causes physiques.

Il nous suffira de mentionner la *chaleur*, le *froid*, l'*électricité* et la *lumière;* chacun de ces agents peut donner lieu à des érythèmes. La chaleur, le froid et l'électricité produisent aussi assez fréquemment des éruptions vésiculeuses et bulleuses, ainsi que la gangrène : le traitement est essentiellement prophylactique; il faut empêcher en outre les infections secondaires. Le *simple contact de l'air extérieur*, sans que l'on puisse déterminer par quel mécanisme, exerce sur la peau une action excitante qui suffit, dans certaines maladies, telles que l'urticaire, à en provoquer les manifestations, et qui, chaque fois que la surface cutanée est irritée ou excoriée, en aggrave très notablement les altérations : il résulte de ces faits, bien mis en lumière par Jacquet, Leloir et Brocq, que la protection de la surface cutanée par des enveloppements non irritants joue un rôle important dans la thérapeutique générale des dermatoses.

2° Causes mécaniques.

Il faut compter surtout comme telles les *traumatismes* et les *contacts anormaux* qui se produisent chez les sujets obèses, au niveau des plis cutanés; ceux-ci n'agissent qu'indirectement en mettant en jeu des hypersécrétions dont les produits s'accumulent, s'altèrent et deviennent irritants. La compression prolongée peut donner lieu, soit directement à une anémie locale qui peut aboutir au sphacèle, soit indirectement à la stase veineuse et aux diverses altérations cutanées qui peuvent en résulter.

3° Causes chimiques.

Elles peuvent agir directement sur la partie avec laquelle se trouve en contact la substance morbifique ou indirectement, après ingestion.

L'action locale directe consiste, suivant les cas, en la production d'érythèmes, de vésications, de pustules, de bulles, ou d'eschares plus ou moins profondes.

Les acides et les alcalis minéraux et végétaux, et aussi les toxines d'origine microbienne, peuvent exercer une action locale phlogogène.

Les altérations ne restent pas nécessairement limitées aux parties directement intéressées, elles peuvent s'étendre : le fait est de toute évidence pour les éruptions que provoque l'huile de croton.

Celles qui se produisent après l'ingestion d'agents chimiques peuvent également se manifester sous la forme d'érythèmes, de papules, de pustules, de bulles et d'eschares.

Les caractères de ces éruptions varient le plus habituellement avec l'agent qui les a produites : c'est ainsi, comme l'a bien montré Brocq, que les éruptions engendrées par l'antipyrine présentent des caractères qui permettent de les différencier des autres éruptions médicamenteuses. Il en est de même, le plus souvent, des éruptions iodiques et bromiques.

L'indication thérapeutique, en pareil cas, est encore surtout prophylactique. On doit cependant s'attacher à éviter les infections secondaires. On est sans action sur l'idiosyncrasie en vertu de laquelle ces éruptions se manifestent chez certains sujets.

4° Causes animées.

Les parasites peuvent être de nature animale ou végétale et, parmi les végétaux, deux grandes classes sont à distinguer, celles des champignons et des bactéries.

A. — PARASITES ANIMAUX

Ils peuvent siéger dans les vêtements, à la surface de la peau, dans l'épiderme ou dans le derme.

Dans les vêtements, on trouve surtout les *pediculi corporis*, les *pediculi capitis* et *pubis* habitant plutôt les poils; cependant ces derniers adhèrent fortement à l'épiderme; ils paraissent agir surtout par l'intermédiaire d'une substance chimique qui produit, comme l'a montré Duguet, les taches bleues caractéristiques. Les *puces chiques*, les *larves du ver de Cayor* et de certaines *œstrides*, ainsi que les *rougets*, les *carapates* et l'*acarus scabiei*, pénètrent profondément sous l'épiderme et donnent lieu ainsi à des phénomènes variés de réaction. Les indications thérapeutiques sont identiques contre ces divers agents : il faut avant tout tuer le parasite : on y parvient plus ou moins facilement suivant qu'il est situé plus ou moins profondément.

Il en est de même pour les *tiques* qui pénètrent plus profondément dans la peau et la *filaire dragonneau* qui donne lieu à des tumeurs et à des vésicules : ici le moyen de guérison est l'extraction directe du parasite.

Les *sporozoaires* appelés *coccidies* ont été considérés, par Darier, comme les causes prochaines de la dermatose à laquelle on a donné le nom de cet auteur et peut-être aussi de la *maladie de Paget :* cette manière de voir paraît abandonnée aujourd'hui, tout au moins pour la maladie de Darier; les parasiticides échouent contre ces dermatoses.

B. — PARASITES VÉGÉTAUX

1° *Champignons infectieux.* — Diverses variétés d'*achorion*, de *trichophyton* et de *microsporon*, auxquels il faut ajouter le parasite encore indéterminé de la pelade, sont les causes prochaines des diverses espèces de teignes et d'éruptions concomitantes du tégument : chacun sait combien la destruc-

tion du parasite, ordinairement, bien que non constamment facile lorsqu'il intéresse les parties glabres de la peau, devient difficile lorsque les follicules pileux sont envahis : il semble que le meilleur moyen d'action contre lui soit l'emploi d'agents phlogogènes qui transforment le tissu en un milieu défavorable à sa vie et à sa multiplication; il ne faut pas négliger néanmoins les parasiticides, parmi lesquels les préparations mercurielles, iodées et soufrées tiennent les premiers rangs.

Le traitement de l'actinomycose, dans laquelle les champignons pénètrent profondément dans les téguments, consiste dans l'ablation des parties malades et l'emploi concomitant des parasiticides, particulièrement de l'iodure de potassium.

2° *Bactéries.* — Les microbes pathogènes peuvent agir directement sur la nutrition de la peau; ils peuvent également s'y localiser après avoir infecté tout l'organisme : les indications sont différentes dans les deux cas. Le traitement peut être local ou général.

a) *Traitement local.* — On peut se proposer, soit de détruire les bactéries par une action parasiticide locale, soit d'annihiler l'action des toxines qu'elles engendrent, soit enfin de transformer le tissu où elles se développent en un milieu de culture défavorable.

Le *traitement par les parasiticides* a plus ou moins d'action suivant que les microbes lui sont plus ou moins accessibles et aussi suivant leur vitalité et leur puissance de reproduction. Quelle différence, à cet égard, entre une pustule d'impétigo, justifiable de simples applications boriquées, et un chancre simple, une pustule maligne ou une tuberculose cutanée!

Les différents microbes réagissent différemment sous l'influence des divers antiseptiques : c'est ainsi que le chancre simple, l'érysipèle, la pustule maligne et la tuberculose cutanée doivent être traités par des agents différents; il faut arriver à déterminer pour chaque microbe pathogène un agent qui s'attaque plus particulièrement à lui : tels sont l'iodoforme et le di-iodoforme pour le chancre simple, le

sublimé pour le *bacillus anthracis* encore localisé, le tartrate ferrico-potassique pour l'agent du phagédénisme chancreux et de la pourriture d'hôpital, l'ichthyol pour le streptocoque de l'érysipèle.

Pour tous, il faut placer en première ligne la *destruction directe par les caustiques*.

La chirurgie, à l'aide du raclage, peut aussi intervenir utilement.

Malgré cette richesse apparente de moyens locaux curateurs, la thérapeutique reste encore trop souvent désarmée contre ces redoutables ennemis, en raison de leur siège profond, de leur infiltration dans les parties voisines et de leur puissance de vitalité et de repullulation.

Nous avons vu que ces microbes agissent le plus souvent par les toxines qu'ils engendrent plutôt que directement. On ne peut jusqu'ici distinguer quelle est, dans le traitement local, la part qui revient à l'action sur ces produits.

Dans des cas où les parasiticides locaux échouent, on peut avoir recours, comme puissants adjuvants, *aux modificateurs du terrain*.

C'est surtout dans la tuberculose qu'ils donnent de bons résultats; c'est ainsi qu'agissent les scarifications et les cautérisations mises en usage aujourd'hui, grâce surtout à Vidal et à Besnier.

Comme autre adjuvant du traitement local, nous devons enfin signaler la soustraction des parties atteintes à l'action de l'air atmosphérique : il est d'observation en effet que plusieurs maladies infectieuses se localisent surtout dans les parties découvertes.

b) Le *traitement général* des infections microbiennes comprend également une action destructive, une action sur les toxines et une modification du terrain.

L'action par les parasiticides est limitée en ce sens qu'elle intéresse les éléments organiques en même temps que les agents infectieux.

Cependant ceux-ci peuvent être plus vulnérables que

ceux-là : nous en avons pour preuve l'action si remarquable des préparations mercurielles et iodiques sur les manifestations cutanées de la syphilis : c'est malheureusement là une rare exception. Les tentatives pour agir de la sorte sur les affections cutanées produites par la lèpre, la pellagre, la morve ou l'infection charbonneuse généralisée n'ont jamais donné que des résultats nuls ou bien contestables. Peut-être cependant peut-on agir par la crésote ou l'arsenic sur les lésions de nature tuberculeuse, par l'huile de chaulmoogra sur celles de la lèpre? On n'est pas jusqu'ici en droit de l'affirmer. C'est ainsi que nous voyons trop souvent les lupus persister indéfiniment malgré l'usage prolongé de ces médicaments.

Les grandes découvertes de Pasteur et les importantes études de Behring, Kitasato et Roux ont récemment ouvert une nouvelle voie; *en montrant que le sérum d'animaux immunisés contre une maladie infectieuse par des inoculations successives devient un moyen curateur pour cette maladie,* ces savants ont rendu un service comparable à celui de Jenner; déjà l'on est aujourd'hui en mesure de guérir, dans la grande majorité des cas, la rage et les diphtéries non compliquées; on peut prévoir que l'on n'en restera pas là et que le jour n'est pas loin où l'on pourra traiter par les injections de sérum anti-toxique les autres grandes maladies infectieuses.

On peut modifier favorablement les manifestations cutanées d'une maladie infectieuse en plaçant le malade dans de bonnes conditions hygiéniques : il en est ainsi tout particulièrement pour la tuberculose : c'est à une action sur le terrain devenu moins favorable aux cultures bacillaires qu'il faut rapporter l'influence salutaire du séjour auprès de la mer ou dans un climat d'altitude.

Il est des maladies dont la cause prochaine n'est pas encore déterminée : tels sont le psoriasis, le lichen de Wilson et le pityriasis rubra pilaire; on ne peut donc les combattre que par des moyens purement empiriques et malheureusement sans action certaine jusqu'ici.

III

Indications fournies par les processus et les lésions.

Ces indications se confondent en partie avec les précédentes, mais néanmoins il est des cas où la cause initiale n'agit que passagèrement, et, d'autre part, les lésions peuvent évoluer indépendamment de la cause qui en a suscité le développement : nous avons cité déjà, comme exemple, la dermite aiguë provoquée par la teinture d'arnica. Le processus est donc susceptible de fournir par lui-même des indications.

Ces indications diffèrent suivant que les lésions sont *actives* ou *passives*.

A. — Les lésions *actives* sont celles qui consistent, soit dans un trouble actif de l'innervation vasculaire ou trophique, soit dans la prolifération cellulaire.

Les topiques émollients ont une action favorable sur les phlegmasies cutanées ; il en est de même de l'enveloppement, qui doit être pratiqué dans des conditions différentes suivant qu'il s'agit d'exsudats séreux ou purulents : pour les premiers, en effet, il suffit de protecteurs aseptiques tels que l'ouate stérilisée, les compresses imprégnées d'eau bouillie ou le caoutchouc ; pour les seconds, il faut recourir aux antiseptiques tels que, suivant les cas, l'ouate imprégnée d'huile phéniquée au dixième, ou les compresses de gaze imbibées, soit d'eau boriquée, soit d'une solution de sublimé au cinq millième, ou d'autres parasiticides.

Les hyperplasies cellulaires peuvent être modifiées, soit par les cautérisations interstitielles ou les scarifications, soit par l'électrisation à l'aide de courants continus.

Les hémorragies cutanées sont efficacement combattues par l'attitude élevée des parties atteintes, leur compression et l'application d'astringents hémostatiques tels que l'antipyrine.

C'est encore par l'électricité que les troubles de l'innerva-

tion vasculaire ou trophique sont le plus efficacement modifiés.

B. — Les lésions *passsives* sont des hyperémies, des hydropisies, des gangrènes et des atrophies : les hyperémies passives sont traitées surtout par la compression et les astringents; il en est de même des hydropisies; mais ici le traitement local n'a qu'une importance secondaire; il en est de même de la gangrène, où les indications sont avant tout étiologiques et symptomatiques; il y a lieu seulement de prévenir, par les antiseptiques, les phénomènes d'infection secondaire et d'intoxication. Pour ce qui est des troubles passifs de la nutrition, on peut tenter de les enrayer par l'emploi d'agents stimulants et par la galvanisation ; mais, dans la plupart des cas, ces moyens restent inefficaces.

IV

Indications fournies par les symptômes.

C'est en s'adressant à la cause ou au processus que l'on agit le plus activement sur les manifestations symptomatiques d'une dermatose; c'est ainsi que l'on a d'ordinaire raison des prurits parasitaires en détruisant l'hôte qui en est la cause; cependant ces troubles peuvent fournir par eux-mêmes d'importantes indications, surtout quand ils persistent après la destruction du parasite. Les hypercrinies sudoripares ou sébacées ainsi que les hyperkératoses doivent également être directement combattues; il en est de même des réactions générales que peuvent provoquer les dermatoses.

Il résulte de cet exposé que le *traitement des dermatoses est le plus souvent complexe,* puisqu'il s'adresse à la fois à la *cause,* au *processus* et aux *symptômes,* et qu'à chacune de ces indications peuvent répondre des moyens multiples.

CHAPITRE II

TRAITEMENT DES ÉRYTHÈMES

PAR

E. GAUCHER — Professeur agrégé à la Faculté de Paris, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

ET

C. BARBE — Chef du laboratoire de dermatologie de l'hôpital Saint-Antoine. Ancien interne de l'hôpital Saint-Louis.

I

Considérations générales.

Les érythèmes, bien que d'origine diverse, sont des dermatoses caractérisées par les mêmes lésions élémentaires primitives : ces lésions sont tantôt de simples taches d'une coloration rouge ou rosée (e. maculeux), tantôt des taches transformées en saillies papuliformes, tubéreuses (e. papulo-tuberculeux), et même noueuses (e. noueux), tantôt des taches surmontées de vésicules et de bulles (e. vésico-bulleux; hydroa). Ces érythèmes ont en outre ce caractère commun de s'effacer momentanément sous la pression du doigt, sauf dans les érythèmes purpuriques et dans les érythèmes noueux et bulleux.

Le traitement des érythèmes comprend deux médications distinctes : l'une locale, qui peut s'appliquer à tout érythème, quel qu'il soit; l'autre, qui s'adresse aux érythèmes en particulier suivant leurs causes.

Ces causes sont au nombre de six principales : les irri-

tations de la peau, le rhumatisme, les maladies infectieuses, les ingestions médicamenteuses, les auto-intoxications, les lésions nerveuses.

Aussi, après avoir étudié le traitement des érythèmes en général, examinerons-nous séparément le traitement des érythèmes de cause externe, le traitement de l'érythème polymorphe rhumatismal, celui des érythèmes polymorphes infectieux, celui des érythèmes par ingestions médicamenteuses et par auto-intoxications, celui des érythèmes de cause nerveuse. Nous y joindrons le traitement de l'érythème scarlatiniforme idiopathique, dont la nature est d'ailleurs absolument inconnue, qui est caractérisé par de larges taches érythémateuses ou par une rougeur générale analogue à celles de la scarlatine.

II

Traitement des érythèmes en général.

Ce traitement est un peu différent suivant que l'on est en présence d'un érythème à forme sèche ou d'un érythème à forme humide.

Dans les formes sèches, on emploiera les poudres inertes, telles que la *poudre d'amidon* fraîche, la *poudre de talc*, la *poudre d'oxyde de zinc*, la poudre de *sous-nitrate de bismuth*, seules ou associées entre elles, et les *bains émollients* d'amidon, etc.

Dans l'érythème noueux, si les poudres précédentes ne suffisent pas à calmer les douleurs quelquefois vives de cette variété d'érythème, on prescrira un *liniment opiacé* ou *belladoné*.

Dans les formes humides, on se contentera de poudres inertes; mais si les bulles sont abondantes et volumineuses, on fera des *enveloppements humides* avec de l'eau bouillie *boriquée* ou on emploiera le vieux traitement des brûlures qui consiste à faire des onctions avec le *liniment oléo-calcaire* et à recouvrir les régions atteintes avec de l'ouate aseptique.

On pourra ajouter au liniment oléo-calcaire de l'*acide phénique* dans la proportion de 1/100. Dans certains cas d'érythème bulleux très confluent, on se trouvera bien quelquefois de l'emploi des bains prolongés.

III

Traitement des érythèmes de cause externe[1].

Le traitement local indiqué ci-dessus suffit dans l'érythème igné, dans l'érythème solaire, dans l'érythème électrique. Nous n'avons pas à faire ici le traitement de la pellagre; mais en ce qui concerne l'érythème pellagreux, qui n'est en somme qu'un érythème solaire développé chez des pellagreux, le même traitement local que pour tous les érythèmes en général peut lui être appliqué.

Contre les *engelures*, les préparations astringentes réussissent mieux en général que les préparations émollientes : matin et soir on fera des applications d'une *décoction de feuilles de noyer* ou d'une solution de *chlorhydrate d'ammoniaque* au 1/10; la nuit, on recouvrira les engelures avec de la *pommade au tannin* (glycérolé d'amidon neutre, 50 grammes, tannin, 0gr,50), et on poudrera par-dessus avec une poudre inerte. Les engelures ulcérées seront pansées avec la *vaseline boriquée* ou *aristolée*, si la cicatrisation tarde à se faire. Mais, avant tout, on prescrira le traitement général anti-lymphatique; car ce n'est habituellement que chez les sujets lymphatiques que l'on observe les engelures.

IV

Intertrigo. — Érythème des nouveau-nés. Intertrigo des diabétiques.

Le traitement de l'intertrigo consistera dans des soins de propreté minutieux, des lavages à l'*eau boriquée*. On fera des

1. Nous n'avons pas à faire ici le traitement des érythèmes d'origine parasitaire.

lotions, soit émollientes, soit légèrement astringentes; puis, après avoir bien séché la région atteinte, on la saupoudrera, soit avec la *poudre d'amidon* fraîche, soit avec un mélange de *talc et d'oxyde de zinc* (40 grammes du premier pour 10 grammes du deuxième), et surtout on interposera entre les plis cutanés un linge de toile fine. Chez les nouveau-nés, on prescrira en même temps une alimentation exclusivement lactée, de même que chez les diabétiques on instituera le traitement interne et le régime spécial.

V

Érythèmes dus à des irritants divers.

Avant tout, on supprimera la cause première de l'éruption, puis on ordonnera des *lotions émollientes*, des *bains d'amidon*, des *poudres inertes*. Les pommades. même calmantes, ont souvent l'inconvénient d'irriter les téguments.

VI

Érythème paratrime.

On donne ce nom à l'érythème produit par la pression continue sur une région du corps, particulièrement à la région sacrée, etc. On prendra les mêmes soins de propreté que dans l'intertrigo. Les malades seront couchés sur un matelas à air ou à eau. S'il y a des eschares, on les pansera avec de la gaze imprégnée de *poudre d'iodoforme* ou d'*aristol*.

VII

Érythèmes polymorphes.

Nous ne reviendrons pas sur le traitement local des érythèmes, qui est entièrement applicable ici.

Dans l'érythème polymorphe rhumatismal, on conseillera le repos au lit, l'administration d'un purgatif, s'il y a embarras gastrique. Contre les arthropathies, le *salicylate de soude*, le *sulfate de quinine* seront prescrits.

Dans l'érythème noueux, Villemin a préconisé l'*iodure de potassium* à la dose de 1 à 3 grammes par jour, mais l'usage de ce médicament peut présenter des inconvénients sérieux.

A côté de l'érythème noueux, la plupart des auteurs décrivent l'érythème induré chronique des membres inférieurs qu'on observe chez les sujets lymphatiques, érythème dont on ignore la nature exacte et qui serait mieux placé avec les affections qui caractérisent le lymphatisme. Dans cette éruption on recommandera le *repos* horizontal prolongé, l'*huile de foie de morue*, les *iodiques* et le traitement topique de l'érythème noueux.

Dans les érythèmes polymorphes infectieux, on s'adressera avant tout à la maladie première. Si l'éruption tend à devenir hémorragique, on prescrira l'*ergotine*, l'*extrait de ratanhia*, l'*extrait mou de quinquina*. Le traitement local sera identique à celui de l'érythème rhumatismal. Il en sera de même dans l'érythème scarlatiniforme idiopathique.

VIII

Érythèmes par ingestions médicamenteuses.

On supprimera d'abord le médicament nocif, puis on facilitera son élimination à l'aide du *lait*, des *diurétiques*, des *laxatifs*. Féré a pu prévenir les éruptions dues si souvent à l'usage prolongé des iodures et des bromures en faisant préalablement de l'antisepsie intestinale à l'aide du *naphtol* et du *salicylate de bismuth*. Le traitement local sera le même que précédemment.

Dans les *érythèmes urémiques*, c'est le traitement des lésions rénales et par-dessus tout le *régime lacté* qui constitueront la base du traitement. Ces érythèmes seront dans une

certaine mesure respectés, car ils peuvent être une sauvegarde contre les accidents viscéraux de l'urémie.

IX

Érythèmes de cause nerveuse.

En plus du traitement local des érythèmes, on combattra les lésions du système nerveux central ou périphérique qui sont les causes de ces éruptions.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DES PITYRIASIS

PAR

H. HALLOPEAU

Médecin de l'hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté de Paris,
Membre de l'Académie de médecine.

I

Considérations générales.

La signification de cette dénomination s'est profondément modifiée dans ces dernières années : naguère encore, elle s'appliquait à toute dermatose en évolution caractérisée, à sa période d'état, par des squames minces et furfuracées; aujourd'hui, on a fait rentrer dans la séborrhée, avec ou sans eczéma, la plus fréquente de ces dermatoses, l'ancien pityriasis capitis, et l'on réserve le nom de pityriasis, en y ajoutant des épithètes, à un certain nombre de types morbides absolument distincts les uns des autres : ce sont, le *pityriasis rosé de Gibert*, le *pityriasis rubra chronique*, le *pityriasis rubra pilaire de Devergie-Richaud-Besnier* et le *pityriasis versicolore;* nous devrons étudier successivement, au point de vue thérapeutique, ces diverses espèces morbides.

II

Pityriasis rosé de Gibert.

Cette maladie est caractérisée par le développement, sur différentes parties de la surface cutanée, de taches irrégulièrement

rement circinées, d'une coloration rouge plus ou moins vive qui prend bientôt un ton jaunâtre ou légèrement bistré; elles sont peu ou point saillantes, sauf exception; très rapidement, elles deviennent, dans leur partie centrale, le siège d'une fine desquamation en collerette. Elles occupent, le plus souvent, en premier lieu, le haut du tronc pour s'étendre ensuite de haut en bas sur cette région, ainsi que sur la partie supérieure des membres dont elles n'atteignent qu'exceptionnellement les extrémités.

Dans des cas atypiques, on a vu cette éruption se limiter aux membres ou au visage ou y prédominer.

Son aspect offre souvent de grandes analogies avec celui de l'eczéma séborrhéique; la distribution, le siège et la coloration peuvent être semblables; le diagnostic présente alors les plus grandes difficultés et l'on est parfois obligé d'attendre l'évolution ultérieure de la maladie pour se prononcer.

Cette dermatose est liée au développement d'un parasite encore indéterminé. Ce fait ressort en toute évidence de la marche de la maladie : en effet, l'on doit à Brocq d'avoir établi qu'elle commence par une tache relativement grande qui en reste, pendant plusieurs jours, la seule manifestation apparente; ce n'est qu'ultérieurement que l'éruption envahit une partie plus ou moins étendue de la surface cutanée; il y a donc là une incubation locale qui ne peut s'expliquer que par une évolution en deux temps d'un parasite. On admet, bien à tort, à Vienne, qu'il s'agit d'un trichophyton; le résultat purement négatif des recherches qui ont été si souvent pratiquées à cet égard dans nos laboratoires, et surtout la marche constamment cyclique de la maladie, démontrent l'inexactitude de cette manière de voir. En effet, le pityriasis rosé, après avoir passé par des périodes d'augment et d'état, s'efface spontanément au bout de quelques semaines.

Il guérit ainsi tout seul. L'action de la thérapeutique se trouve de la sorte singulièrement amoindrie, et le médecin peut rester dans une attitude expectante.

Étant donnée cependant la nature parasitaire de cette

maladie, il paraît indiqué de recourir aux parasiticides, et l'on a été en droit d'essayer les *préparations soufrées et mercurielles;* mais l'expérience a permis de reconnaître que, contrairement aux prévisions, les résultats de ces applications sont nuls ou fâcheux; il ne semble pas qu'elles abrègent jamais la durée de la maladie, et elles peuvent, par leur action irritante, engendrer des complications : mieux vaut donc s'en tenir à l'usage de *bains alcalins*, qui ont l'avantage de faire tomber les squames, et à l'application d'une pommade protectrice telle que la *vaseline*, à laquelle on peut ajouter un vingtième d'*acide borique;* on peut recourir aussi à la pommade à l'*oxyde de zinc* additionnée d'un cinquantième d'*acide salicylique* ou de *résorcine* ou d'un centième d'*essence de menthe*, s'il y a prurit. Besnier conseille en outre l'usage de bains additionnés de 25 à 30 grammes de *borax*.

III

Pityriasis rubra chronique de Hebra.

Cette maladie, dont Jadassohn a mis en évidence l'affinité avec la tuberculose, est caractérisée, au début, par de l'érythème, une desquamation furfuracée, une élévation de la température cutanée et un prurit modéré; elle intéresse le plus souvent en premier lieu les plis articulaires pour s'étendre ensuite à toute la surface cutanée. Sa couleur est d'un rouge plus ou moins vif qui prend une teinte livide aux extrémités inférieures; l'épaisseur de la peau, normale primitivement, peut d'abord augmenter partiellement, mais plus tard elle diminue, et l'atrophie interstitielle du tégument amène de l'ectropion, l'impossibilité d'ouvrir complètement la bouche ainsi que de la gêne dans les mouvements des doigts et des orteils qui se placent dans la demi-flexion; la surface cutanée devient luisante; à une hyperkératose, appréciable surtout dans les régions palmaires et plantaires, fait suite un amincissement de l'épiderme; les cheveux et les poils s'atrophient et tombent, les ongles s'altèrent; la mort survient générale-

ment au bout de quelques années. Cependant, comme Besnier et Brocq, nous avons observé des cas de survie prolongée. Cette dermatose a dû être confondue souvent avec l'érythrodermie pré-mycosique; celle-ci en diffère surtout par l'intensité du prurit et les adénopathies.

Le pityriasis rubra est incurable : son traitement ne peut donc être que purement palliatif.

On peut, pour diminuer l'acuité de l'inflammation cutanée, conseiller l'usage de *bains amidonnés;* dans le même but, on emploiera la *pommade à l'oxyde de zinc*, qui rend de si grands services dans l'eczéma. L'intensité du prurit peut être une source d'indications spéciales : on pourra essayer de le calmer par l'application de pommades contenant un cinquantième d'*essence de menthe* ou un trentième de *menthol;* les *bains prolongés* peuvent, en pareils cas, procurer un soulagement marqué; il y a lieu, dans le même but, de pratiquer l'*enveloppement* des parties atteintes, soit avec du caoutchouc, soit avec de l'ouate. Les *médications internes* ont été jusqu'ici inefficaces : les *toniques, l'arsenic* et le séjour dans un milieu favorable sont cependant indiqués, dans le but surtout de prévenir la tuberculose, toujours menaçante en particulier.

IV

Pityriasis rubra pilaire (lichen ruber acuminatus de Kaposi).

Cette maladie, décrite par Devergie, Richaud et Besnier, est caractérisée par une hyperkératose, localisée surtout dans les follicules pilo-sébacés, et une hyperémie cutanée ; des cônes cornés circumpilaires de forme variable, souvent disposés en lignes régulières, isolés ou agminés avec exagération des plis normaux, en constituent les lésions initiales; il s'y ajoute bientôt une desquamation limitée d'abord aux mêmes éléments et offrant ainsi un aspect granité.

La maladie n'est pas circonscrite aux appareils pilo-sébacés, car elle envahit souvent les régions palmaires et plantaires ; elle

s'y traduit par de l'hyperémie et une hyperkératose qui peut n'intéresser que les plis normaux ou amener une desquamation en larges lambeaux; concurremment, on observe une altération en moelle de jonc des ongles. Parmi les localisations les plus fréquentes et caractéristiques, il faut noter celles du dos des premières phalanges.

C'est bien à tort que l'école viennoise rapproche cette dermatose du lichen plan.

Nous nous sommes, à plusieurs reprises, efforcé d'établir qu'elle se rattache, comme les maladies séborrhéiques, à des troubles dans les fonctions des glandes sébacées, soit directement, soit indirectement par l'intermédiaire d'agents infectieux qui trouveraient dans le produit de sécrétion altéré un milieu favorable. S'il en est ainsi, on peut tenter de répondre aux *indications causales*, d'une part, en modifiant par un régime approprié les sécrétions sébacées, d'autre part, en ayant recours aux parasiticides. On est conduit de la sorte à prescrire la diète relative des aliments gras et féculents. On a conseillé empiriquement, comme parasiticides, les *acides chrysophanique*, *pyrogallique* et *phénique*, l'*ichthyol*, le *naphtol*, la *résorcine*, l'*huile de cade*, le *soufre*, l'*iode* et les *mercuriaux* sous forme, soit de solutions aqueuses, alcooliques ou chloroformiques, soit de vernis tels que celui que Berlioz a fait connaître sous le nom de *stérésol*, soit, pour les cas où les lésions sont limitées, d'emplâtres parmi lesquels l'*emplâtre rouge de Vidal* et l'*emplâtre de Vigo* à fenêtres méritent une mention spéciale : la multiplicité même de ces médicaments suffit à établir qu'aucun d'eux ne possède une action réellement spécifique.

Les *lésions* principales sont l'hyperkératose et l'hyperémie; contre la première, il faut recourir aux applications d'*acide salicylique*, incorporé au trentième dans de la *vaseline*, de la *lanoline* ou de la *résorcine*. L'hyperémie pourra être combattue, soit par l'application de compresses imprégnées d'une solution de *tannin* au centième ou d'*acétate de plomb* au deux-centième, soit par des *scarifications linéaires*.

Dans les périodes de vive irritation, on conseillera l'enve-

loppement avec des compresses de tarlatane pliées en plusieurs doubles et imprégnées d'eau bouillie et des bains auxquels on peut ajouter de l'*amidon*, du *carbonate* ou du *borate de soude;* au visage, des pulvérisations prolongées d'*eau sulfureuse chaude* peuvent être utilisées.

Quoique généralement de longue durée et rebelle au traitement, cette maladie n'est pas cependant incurable, et l'on peut voir ses manifestions disparaître spontanément au bout d'un laps de temps plus ou moins considérable.

V

Pityriasis versicolore.

Cette dermatose est liée au développement, dans la couche cornée de l'épiderme, du *microsporon furfur;* elle est caractérisée par des taches dont la coloration varie du café au lait au bistre; leur surface est lisse ou plissée, luisante ou mate; de forme habituellement irrégulière et à contours sinueux, rarement ponctuée, lenticulaire, annulaire ou discoïde, elles sont souvent disposées en nappes plus ou moins larges qui occupent de préférence le tronc, le cou, les creux articulaires, l'ombilic et la face interne des membres en épargnant leurs extrémités et aussi presque constamment le visage; un coup d'ongle enlève la couche superficielle de l'épiderme infiltrée de champignon; il se produit souvent une légère desquamation furfuracée; les poils restent indemnes. Habituellement indolente, cette affection peut exceptionnellement donner lieu à un prurit intense.

Le champignon ne se développe que chez des sujets prédisposés; il ne se transmet que rarement entre conjoints; la maladie est fréquente chez les tuberculeux et aussi, suivant de Molènes, chez les dyspeptiques.

L'indication étiologique domine le traitement de cette maladie qui peut résister longtemps aux efforts de la thérapeutique et a grande tendance à récidiver : il faut tuer le

microsporon furfur, qui en est la cause prochaine, et s'efforcer de modifier la prédisposition à sa repullulation.

L'*iode* et le *soufre* sont les agents auxquels on a recours dans la plupart des cas. On peut employer dans le même but les préparations à la *résorcine* (de 2 à 5 p. 100), à l'*acide chrysophanique* (de 5 à 15 p. 100) ou au *naphtol* β (de 5 à 10 p. 100); l'*iode* a l'avantage, en amenant l'exfoliation de l'épiderme, d'entraîner ainsi l'élimination d'une partie des parasites.

Comme l'ont bien montré Besnier et Doyon, il faut, en raison de la tendance de la maladie à récidiver, s'attacher à obtenir une guérison radicale en agissant sur les parasites contenus profondément dans les infundibules pilaires; on y parvient en lavant les parties malades avec de l'eau très chaude et du *savon au goudron*, au *soufre* ou au *naphtol*, puis, en appliquant sur chacune des plaques éruptives, soit de la *teinture d'iode* pendant trois jours consécutifs, soit une *pommade soufrée* à 10 p. 100 additionnée d'un cinquantième d'*acide salicylique*.

Les *pommades mercurielles* ne doivent pas être employées; car, en raison de l'étendue des surfaces atteintes, elles pourraient provoquer de la salivation; par contre, on peut pratiquer des lotions avec une solution de *sublimé* à 1 p. 500; on a conseillé également des applications réitérées d'une solution contenant un trentième de *thymol*.

En raison de la diffusion des lésions, il est indiqué de recourir aux bains généraux; on peut employer, soit les *bains sulfureux*, soit les bains additionnés de 8 ou 10 grammes de *sublimé*.

Il importe également de désinfecter les vêtements en les passant à l'étuve.

Enfin, le microsporon furfur se développant de préférence chez les sujets débilités, un *traitement tonique* doit être mis en œuvre; il faut également combattre la dyspepsie; mais, en réalité, on se trouve le plus souvent impuissant à modifier l'état indéterminé de l'épiderme qui en fait un milieu de culture favorable à ce champignon.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT DE L'URTICAIRE

PAR

E. GAUCHER — Professeur agrégé à la Faculté de Paris. Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

ET

C. BARBE — Chef du laboratoire de dermatologie de l'hôpital Saint-Antoine, Ancien interne de l'hôpital Saint-Louis.

I

Traitement de l'urticaire d'après ses causes.

L'urticaire est une dermatose caractérisée par l'apparition subite d'efflorescences maculeuses ou papuleuses, ordinairement décolorées au centre et rouges à la périphérie et occasionnant un prurit intense. Elle peut être passagère, aiguë, ou au contraire, chronique et se renouvelant durant des semaines, des mois. L'urticaire affecte non seulement les téguments, mais aussi les muqueuses dermo-papillaires : pharyngienne, laryngienne et bronchique.

Enfin, chez les enfants, on a signalé une variété spéciale d'urticaire chronique très rebelle, qui laisse derrière elle des taches pigmentées qui ne s'effacent qu'au bout de plusieurs années (*U. pigmentée*).

Cette éruption est due à des causes diverses, qu'il faut bien connaître si l'on veut faire une thérapeutique efficace. Aussi, à côté du traitement du symptôme « prurit », qui peut s'appliquer à toute espèce d'urticaire, y a-t-il le traitement de la cause qui est, dans bien des cas, d'une importance capitale.

L'urticaire peut être d'origine externe (orties, chenilles, méduses, punaises); elle peut être d'origine interne, et alors être due à l'ingestion d'aliments ou de boissons, tels que les moules, le poisson de mer, les écrevisses, la charcuterie, les fraises, les œufs, la glace, le champagne, l'eau de seltz, ou encore de médicaments tels que les balsamiques, le chloral. L'urticaire s'observe aussi dans le cours de certaines maladies infectieuses ou parasitaires (variole, diphtérie, fièvre typhoïde, impaludisme, kystes hydatiques); enfin, elle peut être d'origine nerveuse (émotions violentes, nervosisme, hystérie, neuro-arthritisme). Une variété de celle-ci est l'*urticaire autographique*.

Dans tous ces cas, on supprimera d'abord la cause irritante, on proscrira le médicament ou l'aliment nuisible. Dans le cas d'intoxication alimentaire, il sera bon d'ordonner un *purgatif* et même quelquefois un *vomitif;* on fera de l'antisepsie intestinale en donnant du *naphtol* ou du *benzo-naphtol* associé à du *salicylate de bismuth* ou *de magnésie*, suivant qu'il y aura diarrhée ou constipation. On prescrira en outre les *alcalins*, le *régime lacté*. Bouchard a noté la fréquence de l'urticaire chez les personnes atteintes de dilatation de l'estomac. On traitera donc cette dilatation.

Dans l'urticaire chronique, surtout dans l'urticaire intermittente d'origine paludéenne, on ordonnera les préparations *quiniques*, qui seront d'ailleurs continuées pendant longtemps.

Dans l'urticaire d'origine nerveuse, dans l'urticaire autographique, on traitera le nervosisme, l'hystérie, à l'aide des médicaments antispasmodiques, des préparations de *valériane* surtout. L'*hydrothérapie* tiède à 35° pourra être essayée, mais on se souviendra qu'en général l'urticaire s'accommode assez mal des bains et surtout de l'eau froide.

Contre l'arthritisme, on prescrira les *alcalins* et même le *salicylate de soude* à petites doses.

Les eaux minérales recommandées dans l'urticaire sont *Néris*, *Royat*, la *Bourboule*.

II

Traitement de l'urticaire en général.

A. — Quelle que soit la cause de l'urticaire, il existe un certain nombre de moyens destinés à calmer les vives démangeaisons que provoque cette éruption. Ce sont des lotions, des poudres, des pommades et l'enveloppement ouaté.

Nous avons déjà fait remarquer que les bains (tels que les bains d'amidon, les bains alcalins) étaient plutôt nuisibles qu'utiles dans l'urticaire. En revanche, des *lotions* faites avec de l'*eau chaude* additionnée d'un tiers de *vinaigre*, ou avec une solution d'*acide phénique* au centième additionnée d'un quart de *glycérine*, ou encore avec une solution faible *de chloral*, soulagent assez bien les malades. Si ces lotions ne suffisent pas, on pourra employer les poudres calmantes seules ou associées aux lotions. On appliquera dans ce dernier cas les poudres, sans essuyer la surface du corps. Ces poudres sont la poudre d'*amidon* fraîche, les poudres de *talc*, d'*oxyde de zinc* et de *sous-nitrate de bismuth*, auxquelles on pourra incorporer un peu de poudre de *camphre* ou de *menthol* pour la rendre encore plus calmante (poudre d'amidon, 100 grammes ; poudre de talc, 100 grammes ; poudre de camphre, 3 grammes).

Les pommades à base de *vaseline* avec un dixième d'*oxyde de zinc* ou de *sous-nitrate de bismuth* peuvent aussi calmer les démangeaisons ; on y ajoutera avec avantage 1 p. 100 de *menthol*.

Dans certaines circonstances, nous nous sommes trouvés bien de pulvérisations avec la solution suivante :

℞ Chloroforme.		
Alcool camphré.	ãã. . .	30 grammes.
Éther sulfurique.		
Menthol.		10 grammes.

M. s. a.

Dans les cas rebelles à toute médication, on essaiera l'*enveloppement ouaté* hermétique préconisé par Jacquet,

difficilement applicable quand l'urticaire est généralisée.

Quand le traitement local ne suffit pas à faire disparaître ou à atténuer les démangeaisons, il sera bon de calmer l'état nerveux à l'aide de préparations de *valériane* (2 à 4 grammes d'extrait de valériane par jour en deux lavements, un le matin, un autre le soir, ou en pilules de $0^{gr},20$ à prendre deux par deux, d'heure en heure, ou le *valérianate d'ammoniaque* à la dose de $0^{gr},10$ à $0^{gr},20$ par jour). Voici une formule que nous employons volontiers et qui est due à notre ancien interne en pharmacie, M. Cartier :

℞ Valérianate d'ammoniaque.	2	grammes.
Teinture de valériane.	10	—
Eau de menthe.	90	—

M. s. a.

Prendre une cuillerée à café matin et soir dans une tasse d'infusion de tilleul.

Enfin, on procurera le sommeil à l'aide des hypnotiques, tels que les préparations *opiacées*, le *trional*, le *chloral*, le *bromure de potassium*, mais on se méfiera de ces deux derniers médicaments qui donnent lieu parfois à des éruptions.

B. — *Urticaire interne.* — Quand l'urticaire occupe la muqueuse du pharynx, on prescrira des *gargarismes émollients*. Si elle s'étend au larynx, aux bronches, on ordonnera de l'*éther*, et dans certains cas de l'*acétate d'ammoniaque* sous forme de potions.

C. — *Urticaire pigmentée.* — Contre l'*urticaire chronique pigmentée*, dont la nature est tout à fait inconnue, on emploiera le traitement palliatif que nous avons indiqué plus haut.

CHAPITRE V

TRAITEMENT DES PURPURAS

PAR

P. AUBERT

Chirurgien de l'Antiquaille.

Considérations générales.

Rayer écrivait en 1835 : « Je comprends sous le nom de purpura plusieurs maladies qui ont pour caractère commun et générique de se manifester intérieurement par des hémorragies, et à l'extérieur du corps par des pétéchies ou des ecchymoses indépendantes de violences extérieures. »

Nous ne sommes pas bien plus avancés qu'il y a soixante ans, et H. Mollière a pu récemment dire avec raison que les éruptions de purpura se rencontrent dans un très grand nombre de maladies et dans toutes les conditions, depuis la santé parfaite jusqu'aux cachexies avancées.

Cette variabilité du purpura empêche toute théorie générale et ne permet d'adapter à tous les cas aucun des matériaux précis que l'anatomie pathologique ou l'expérimentation ont pu fournir. Ces matériaux sont du reste en petit nombre.

Cornil, dans un cas, a trouvé une angiectasie énorme, les petits vaisseaux avaient un calibre trente fois plus grand qu'à l'état normal; l'aspect purpurique peut donc résulter d'un état congestif extrême, sans que celui-ci s'accompagne nécessairement de rupture et d'extravasation sanguine.

Leloir a vu des vaisseaux dilatés avec endothélium proliférant, il y avait donc ici véritable trouble trophique. Dans d'autres cas, les artères de l'hypoderme présentaient des thromboses et on a pu expliquer l'hémorragie par le mécanisme habituel des thromboses, le reflux du sang veineux dans les branches artérielles vides, probablement paralysées et sans résistance de paroi. On comprend que, lorsqu'il existe quelqu'un de ces états vasculaires, les conditions mécaniques puissent jouer un rôle accessoire, mais réel, que la station debout, la marche, l'ablation d'un bandage constricteur, les quintes de coqueluche, les crises d'épilepsie, une chiquenaude ou une traînée d'ongle puissent provoquer de petits foyers hémorragiques.

Un fait singulier et un peu contradictoire a été constaté dans les expériences d'Auspitz sur les effets de la stase veineuse dans la peau par application d'une constriction circulaire. Chez des malades affectés de purpuras divers, les hémorragies ont été moins abondantes que sur l'homme sain.

Auspitz a constaté, d'autre part, que dans les tissus enflammés la diapédèse et l'exsudation sont plus faciles. L'issue des globules ou de l'hémoglobine seule peut du reste se faire sans rupture vasculaire.

A signaler encore dans les faits expérimentaux les hémorragies interstitielles provoquées dans le derme d'un chien dont on irritait le sciatique (Mathieu et Gley). En dehors de la recherche des microbes et des résultats de culture dont nous allons parler, l'examen du sang n'a donné que peu de résultats. Spretschka a trouvé dans le sang obtenu par piqûre du doigt une forte proportion de globules rouges à noyaux, mais ce fait paraît en rapport avec la régénération du sang bien plus qu'avec un état primitif des globules qui prédisposerait à l'altération des parois vasculaires et aux hémorragies.

La recherche des microbes et les cultures ont fait constater, soit dans les taches purpuriques, soit dans le sang, des organismes variés, généralement pyogènes : streptocoques,

staphylocoques blancs et dorés, pneumocoques, bactéries. Ces bactéries, trouvées par Kolb dans cinq cas avec autopsie pratiquée trois à quatre heures après la mort, ont donné des cultures qui injectées aux chiens et aux souris ont provoqué des hémorragies.

Les hémorragies du purpura, quels qu'en soient le mécanisme et la cause, se produisent à la peau sous forme d'ecchymoses plus ou moins larges ou de pétéchies de petite dimension, et très exceptionnellement sous forme d'hématidrose. Ecchymoses et pétéchies subissent l'évolution et présentent les teintes variées de résorption des épanchements sanguins.

Ces hémorragies peuvent se produire sous les muqueuses avec ou sans issue de sang à la surface libre. On peut avoir des épistaxis, des hémoptysies, du saignement des gencives, etc., des selles et des urines sanguinolentes. Il peut y avoir aussi des hémorragies interstitielles dans les organes, et sur la femme enceinte, des épanchements inter-utéro-placentaires avec menace ou réalisation d'avortement.

Le pronostic varie de la bénignité d'une piqûre de puce à la gravité de cas foudroyants qui emportent le malade en quelques heures.

Il faut donc prendre les purpuras comme ils sont, ne pas chercher à établir dans ce groupe factice la moindre unité et les classer comme on peut. C'est à ce classement que s'est appliqué Mathieu dans son excellent article du « Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales ».

Nous admettons en somme sa classification, mais sans nous astreindre à en suivre l'ordre exact.

Il y a lieu de distinguer les purpuras de *cause locale* des purpuras de *cause générale*, les deux pouvant du reste se combiner.

On a des purpuras de cause locale dans les phlébites, les névrites, après l'ablation d'un bandage inamovible compressif (Hartmann), dans certaines affections cutanées préexistantes : psoriasis, eczéma, dermato-sclérose (Besnier)

II

Purpuras de cause générale.

A. — *Le scorbut épidémique ou sporadique* ferait très bonne figure dans ce groupe; mais son étiologie mieux connue, son traitement mieux institué ont permis de le séparer.

Si je le mentionne ici, c'est que précisément le traitement du scorbut par les *légumes* frais et surtout les légumes verts, par les *fruits*, les *oranges*, les *citrons*, le *lime juice*, mélange d'alcool et de jus de citron des navigateurs anglais, les *sels de potasse* comme pis aller si les légumes font défaut, s'adapte très bien au traitement des purpuras en général.

B. — *Le type de Verlhof* présente deux formes: une forme *aiguë* avec début rapide, sans cause suffisante constatée, avec absence de fièvre, au moins au début, et qui guérit en huit à quinze jours, à moins de complications par l'abondance ou le siège des hémorragies; une forme *chronique*, ressemblant un peu au scorbut sporadique : lésion des téguments, des gencives, des viscères, misère physiologique aidée de circonstances accessoires de froid, d'humidité, de surmenage et à pronostic plus grave.

C. — *Les purpuras infectieux primitifs* comprennent plusieurs espèces dans lesquelles la fièvre, l'importance et la gravité des symptômes généraux montrent bien qu'il s'agit d'une infection générale.

D. — *Les purpuras infectieux secondaires* comportent généralement un pronostic grave et coexistent avec des maladies générales dont ils dépendent : scarlatine, rougeole, variole, fièvre puerpérale, pneumonie, etc.

Tout cependant dans cette série des affections microbiennes n'est pas infectieux et grave, et on peut voir dans les maladies indiquées ci-dessus, et de plus dans la blennorragie, la syphilis, etc., des formes bénignes.

E. — *Purpuras médicamenteux ou alimentaires*, que l'on ose

à peine qualifier de leur nom habituel de toxiques, car l'idiosyncrasie du sujet y a plus de part que la dose du médicament. Il y a les formes iodo-potassiques et non iodiques (Besnier), chloraliques, alcooliques, quiniques, etc. Morel-Lavallée a vu des purpuras survenir après des inhalations de chloroforme, et Lewin après l'abus des asperges.

F. — *Purpuras cachectiques* dans l'anémie pernicieuse, la tuberculose, le cancer, l'alcoolisme chronique, la pellagre, les cardiopathies, etc.

Mathieu fait observer avec raison que dans ces purpuras de misère on peut avoir des taches et même de vraies bosses sanguines, mais jamais les faits hyperémiques et actifs d'érythème, de papule, de nodules douloureux que l'on voit dans les formes rhumatoïdes.

G. — *Purpura exanthématique rhumatoïde.* — Je l'ai mis à la fin, car c'est celui qui touche de plus près aux dermatoses. La *péliose* de Schönlein, certains érythèmes noueux hémorragiques en sont fort rapprochés, sinon identiques. Faisans l'a appelé myélopathique, parce qu'il admet que cette forme a pour substratum une lésion diffuse de la moelle. Quelles que soient les théories, on a ici trois groupes de symptômes :

Des *symptômes gastro-intestinaux :* inappétence, langue saburrale, douleurs épigastriques, vomissements.

Des *symptômes rhumatoïdes :* courbature, arthralgie, tuméfaction des jointures.

Des *symptômes cutanés* à caractère actif et mobile, à poussées successives, consistant en érythème, œdème, urticaire, nodosités, pétéchies, ecchymoses.

Le pronostic en est généralement favorable, mais il faut surveiller ces malades, les ausculter, traiter énergiquement dès le début les complications cardiaques qui ont été signalées dans quelques cas.

III

Traitement des purpuras.

Derrière cette masse confuse de faits plus ou moins bien classés, il y a cependant une certaine unité de traitement, et quand on lit les observations publiées, on voit toujours revenir les mêmes moyens : les acides, les astringents, les toniques.

Les acides minéraux : la *limonade sulfurique*, l'*eau de Rabel*, l'*élixir acide de Haller;* les acides végétaux : *jus d'orange*, *jus de citron*, *lime juice*, et les *fruits acides;* les astringents : *eau de Léchelle*, *ergotine*, *perchlorure de fer*, *tannin;* les toniques et stimulants : *vin*, *rhum*, *quina*, *fer*, *teinture de cannelle*, etc. Depuis l'antisepsie on a attaché plus d'importance aux soins de propreté de la bouche, et on a donné toute la série des antiseptiques intestinaux : *bismuth*, *charbon*, *salol*, *naphtol*, etc., *injections d'éther*, de *caféine* en cas de collapsus. Bien entendu le séjour au lit, une chambre fraîche et aérée sont indispensables dans les cas graves et fort utiles dans les cas simples comme moyens locaux. E. Besnier emploie quelquefois l'*élévation* et même une légère *compression* des membres. Les compresses imbibées d'*eau blanche*, de solution de *chlorhydrate d'ammoniaque* à 1 ou 2 p. 100 sont un peu illusoires pour favoriser la résorption plus rapide des épanchements. Les lotions *phéniquées* ou *salicylées* faibles peuvent être utiles pour calmer le prurit quand il existe. Dans un cas grave, sur une petite fille de huit ans, Shand fit passer toutes les deux heures sur toute la surface du corps des *courants faradiques* pour réveiller la contractilité vasculaire; il y eut cessation rapide des hémorragies.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT DE L'HERPÈS

PAR

R. DU CASTEL

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

I

Considérations générales.

Les herpès[1] peuvent, au point de vue thérapeutique, se diviser en deux classes : 1° ceux qui guérissent seuls et rapidement; 2° ceux dont l'éruption se répète incessamment, résiste à tous les traitements et se perpétue pendant un temps d'une durée infinie : ce sont les herpès dits récidivants.

A. — HERPÈS NON RÉCIDIVANTS

Les premiers surviennent parfois sans cause importante, à la suite d'un excès de fatigue, d'un de ces légers mouvements fébriles, de ces malaises qui correspondent à des infections dont nous sommes encore incapables de préciser la nature :

1. Nous ne nous occupons pas dans cet article du zona, bien qu'il ait plus d'un lien de parenté avec quelques-uns de nos herpès.

ils peuvent se montrer dans le cours et au déclin de grandes maladies infectieuses, tel l'herpès critique de la pneumonie; on les voit faire leur apparition à l'occasion de phénomènes naturels sans qu'il soit possible de préciser la cause de leur apparition, tel l'herpès labial qui se montre au moment des règles et est dit pour cette raison herpès menstruel ou cataménial.

Tous ces herpès ont, dans l'immense majorité des cas, une évolution rapide et bénigne; la médecine, si elle intervient, n'a guère à agir que pour apporter au malade quelque soulagement dans le cas où l'herpès est devenu gênant ou pénible par son siège, par l'étendue des lésions, par une cuisson ou des démangeaisons d'une intensité au-dessus de l'ordinaire, par une inflammation secondaire surajoutée excessive. De tels herpès constituent en tout cas une affection destinée à guérir vite et complètement, n'exigeant pas d'intervention thérapeutique très active.

L'étendue de la lésion, l'intensité des phénomènes inflammatoires font cependant de l'herpès un accident très pénible pour quelques sujets. Il n'est pas rare de voir survenir chez la femme des poussées éruptives vulvaires d'une abondance vraiment surprenante pour qui les observe pour la première fois; grandes et petites lèvres, pourtour de la vulve, périnée, marge de l'anus se recouvrent d'une éruption absolument confluente; les grandes et les petites lèvres sont tuméfiées, doublées ou triplées de volume, recouvertes d'un enduit couenneux, lardacé; les parties atteintes sont le siège d'un écoulement muco-purulent abondant, d'odeur fétide.

Les qualités nutritives particulières de la région, surtout au niveau de la muqueuse vulvaire, les frottements auxquels la marche expose, amènent l'ulcération rapide d'une grande étendue de la surface atteinte; d'où, pour la malade, des douleurs, des cuissons, des élancements, des démangeaisons vives, une réaction inflammatoire violente amenant quelquefois une réaction générale très marquée avec fièvre et état gastrique.

Chez quelques femmes, l'affection peut devenir l'occasion d'un malaise, d'une agitation, de phénomènes nerveux très accusés. Malgré l'intensité des lésions, la guérison est facile et rapide.

B. — HERPÈS RÉCIDIVANTS

Tout autre est la seconde variété d'herpès, celle des herpès dits récidivants. Ici le médecin ne se trouve plus en présence d'une éruption passagère, fugace, destinée à ne jamais ou à rarement se reproduire, mais d'éruptions destinées à se répéter avec une persistance et une opiniâtreté désespérantes, dans le point du corps qui est devenu leur siège d'élection. A cette classe d'herpès récidivants appartiennent particulièrement certains *herpès cataméniaux* dont le siège ordinaire est la vulve ou l'orifice buccal, mais capables aussi de se localiser sur un point tout autre de la surface du corps, le cou par exemple (Verneuil), l'*herpès génital recidivant* de l'homme et l'*herpès buccal.*

1° Herpès génital récidivant de l'homme.

De ces trois variétés d'herpès récidivant, l'herpès génital récidivant de l'homme est certainement par sa fréquence le plus important.

L'éruption en elle-même n'est pas grave; elle n'est généralement pas très abondante; à chaque poussée, un, deux, trois groupes de vésicules d'herpès se produisent, pas plus, quelquefois à peine une ou deux vésicules; les démangeaisons avant et pendant l'éruption sont vives; l'éruption évolue en quelques jours et la guérison se fait rapidement comme pour toutes les variétés d'herpès. Ce qui fait la gravité de l'affection, ce n'est pas l'accès lui-même, puisqu'il ne dépasse pas ordinairement l'intensité d'une éruption herpétique légère, c'est la facile reproduction de l'accident, c'est la ténacité de

l'affection : les poussées éruptives se reproduiront plus ou moins fréquemment suivant les sujets, mais chez tous elles se reproduisent nombre de fois. La plupart des malades qui sont entrés dans l'herpès récidivant génital y restent sujets pendant la plus grande partie de leur existence, au moins pendant de longues années. Dans nombre de cas, l'éruption se reproduit d'une façon irrégulière et sans cause appréciable; cependant il est des malades chez qui elle revient avec une certaine périodicité : quelques influences paraissent susceptibles d'en provoquer l'apparition, les fatigues, les excès, l'exercice des fonctions génitales et manifestement l'inconstance conjugale.

La nature d'une telle affection échappe à notre connaissance; l'herpès récidivant fait généralement son apparition à la suite d'une affection de l'appareil génital, blennorragie, chancre simple; mais nul ne saurait dire quel lien unit ceux-ci à celui-là, et les partisans de l'origine nerveuse, pas plus que ceux de l'origine parasitaire, ne sauraient donner que des bases théoriques à leur hypothèse.

L'influence que l'affection exerce sur le *moral* du porteur est son côté terrible : le siège de la lésion, la répétition incessante des poussées éruptives jettent le malade dans un état de dépression morale, dans une désespérance, dans une hypochondrie qui vont quelquefois jusqu'à le pousser à des idées de suicide.

2° Herpès récidivant buccal.

L'herpès récidivant buccal a été mis en lumière par le professeur Fournier et est encore peu connu de la plupart des médecins. Cet herpès atteint de préférence les sujets jeunes et arthritiques, l'homme plus souvent que la femme; il se montre souvent à l'occasion d'une syphilis récemment acquise; les irritations de la bouche, en particulier celles que le tabac et le mercure occasionnent, paraissent être causes très actives de son apparition : les conditions dans lesquelles l'herpès buc-

cal survient, son aspect le font souvent confondre avec les syphilides, les plaques muqueuses de la bouche.

Chez un sujet syphilitique dont l'affection paraît presque éteinte, des érosions se produisent tout à coup sur la muqueuse buccale, le plus habituellement sur la langue : la lésion se cicatrise en une huitaine de jours, quel que soit le traitement opposé; quelque temps après cette première atteinte, l'affection fait une nouvelle apparition et guérit avec la même facilité; et ainsi, pendant un temps indéterminé et toujours très long, pendant des mois, pendant des années, l'éruption va se reproduire avec les mêmes caractères, avec la même allure.

L'éruption atteint de beaucoup plus fréquemment la langue, et sur celle-ci le bord latéral, plus rarement les lèvres et les joues; avant la chute de l'épiderme, elle se montre sous l'aspect d'une tache grisâtre, opaline; après la chute de l'épiderme, c'est une érosion superficielle bordée par une collerette blanchâtre; puis bientôt celle-ci s'efface et la cicatrisation s'opère rapidement. La lésion est peu étendue, arrondie; quand elle acquiert une certaine étendue, on peut relever cette disposition poly-cyclique et micro-cyclique des bords propres aux éruptions herpétiques, sur laquelle le professeur Fournier insiste dans son enseignement. L'herpès buccal est une affection douloureuse; des élancements prémonitoires permettent à un certain nombre des malades habitués d'en prévoir l'explosion; à l'apogée de l'accident, la douleur peut être assez vive pour gêner la mastication; le contact du vin, de l'alcool, des aliments acides, du tabac éveillent de vives douleurs. L'herpès buccal est, à chaque instant, confondu avec les lésions syphilitiques de la cavité buccale, et, en pareil cas, ses répétitions incessantes, sa longue durée, sa résistance au traitement anti-syphilitique font considérer comme atteints de syphilis rebelles des sujets dont l'affection syphilitique est guérie.

II

Traitement.

A. — L'herpès vulgaire ne réclame le plus souvent aucun traitement. Qui songe, à moins de cas exceptionnels, à soigner l'herpès si commun des lèvres, connu du public sous le nom de bouton de fièvre et dont chacun, même en dehors de la médecine, connaît le peu de gravité?

Quelques applications topiques ayant pour but de calmer les légers malaises qu'il peut apporter avec lui constituent tous les soins, souvent même inutiles, qu'on ait à lui opposer : l'ingéniosité du malade suffit le plus souvent à deviner quels doivent être ces soins, sans qu'il soit besoin de consulter le médecin. Quelques lotions émollientes ou adoucissantes, quelques applications d'un corps gras, *vaseline*, *glycérine*, un peu d'une poudre inerte, *talc*, *amidon*, *riz*, suffiront à calmer les malaises que peuvent occasionner, dans quelques cas d'herpès, des phénomènes inflammatoires excessifs, une croûte gênante par sa rigidité, une surface devenue douloureuse par suite de l'ulcération; cette dernière se produit surtout quand la lésion survient dans une région naturellement humide ou exposée à des frottements répétés. Dans l'immense majorité des cas, on pourrait dire de l'éruption herpétique ce que le professeur Fournier disait du chancre syphilitique : moins on y touche et mieux il va.

Quand la lésion est très étendue, ces soins auront plus spécialement leur raison d'être. Dans des cas où la réaction inflammatoire locale était excessive, j'ai obtenu de très bons résultats d'applications de *liniment oléo-calcaire*, dont l'action bienfaisante paraît dépasser de beaucoup celle de la *vaseline boriquée* ou de la *pommade à l'oxyde de zinc*.

Le regretté Leloir professait qu'il était possible d'arrêter le développement de l'herpès de la peau, d'empêcher la production des vésicules en appliquant sur la surface malade, dès

BOSTON MEDICAL
NOV 21 1917
LIBRARY

que la rougeur éruptive se montre, un tampon de coton hydrophile imbibé d'une des solutions suivantes :

℞ Alcool à 90°	100	grammes
Résorcine	2	—
Dissolvez.		
℞ Alcool à 90°	100	grammes.
Thymol	1	—
Dissolvez.		
℞ Alcool à 90°	100	grammes.
Menthol	3	—
Dissolvez.		
℞ Alcool à 90°	100	grammes.
Acide phénique	0gr,25	
Dissolvez.		
℞ Alcool à 90°	100	grammes
Résorcine	3	—
Cocaïne	1 ou 2	—
Dissolvez.		
℞ Alcool à 90°	100	grammes.
Tannin	2	—
Dissolvez.		

Les tampons de coton sont renouvelés plusieurs fois par jour et recouverts d'un taffetas gommé pour les maintenir constamment à l'état humide.

A cette période de la maladie, je me suis souvent trouvé bien d'applications de *collodion élastique riciné,* qui modère le développement des vésicules, l'arrête quelquefois, en tout cas les protège contre les irritations extérieures, en prévient l'ulcération, l'inflammation secondaire intense.

Lorsque la cicatrisation est lente à se produire, les attouchements avec le crayon de *nitrate d'argent* ou une solution de nitrate d'argent au cinquantième en précipitent l'évolution.

B. — L'*herpès des muqueuses* demande toujours quelques soins hygiéniques : la desquamation, qui accompagne for-

cément l'éruption, enlève au derme son enveloppe protectrice et rend l'éruption très douloureuse.

C. — L'*herpès buccal* se trouvera bien de l'emploi répété de gargarismes ou d'injections composés de liquides émollients ou légèrement astringents, *décoction de racine de guimauve*, *eau* légèrement *boriquée* ou additionnée d'une faible quantité de *chlorate de potasse* (1 ou 2 grammes p. 100). A mesure qu'on s'éloignera du début de l'affection, il sera bon d'augmenter le degré de concentration des gargarismes. Un attouchement avec le crayon de *nitrate d'argent* calme souvent les phénomènes douloureux et précipite la cicatrisation.

D. — L'*herpès vulvaire confluent* demande à être traité activement : la malade sera mise à un repos absolu ; on lui prescrira des *bains* tièdes émollients, additionnés de 500 grammes *d'amidon* par bain ; des lotions émollientes, à grande eau, répétées plusieurs fois par jour et faites avec la *décoction de racine de guimauve*, l'*infusion de camomille*, auxquelles on pourra adjoindre une ou deux *têtes de pavot* par litre.

La plupart des malades se trouvent bien de saupoudrer, après le bain ou les lotions, les parties enflammées avec une poudre inerte ou légèrement astringente, poudre de *talc*, poudre d'*oxyde de zinc*, *tannin*, *bismuth ;* l'amidon a l'inconvénient de se réunir en grumeaux parfois fort pénibles pour la malade : il faut projeter la poudre largement à distance, avoir soin d'appuyer le moins possible, et surtout craindre de frotter sur les parties malades.

Ce mode de pansement amène le plus souvent un soulagement immédiat et une guérison rapide, mais il est des malades pour qui le contact de la poudre est insupportable, chez qui il ne fait qu'exaspérer les démangeaisons, les sensations pénibles, exagérer l'éréthisme nerveux ; chez de telles malades, il faut se contenter du traitement émollient, répéter fréquemment les lotions, appliquer localement des compresses imbibées des mêmes liquides, des *cataplasmes de fécule ;* souvent ces applications agissent beaucoup plus heureusement quand elles sont faites froides que si on applique

des liquides tièdes ou chauds; on pourra aussi essayer les onctions avec la *vaseline* simple, le *cold-cream*, jusqu'au jour où les poudres isolantes seront enfin supportées.

Il sera souvent avantageux d'interposer dans la profondeur des plis un linge mince ou un tampon de coton hydrophile recouvert de poudre inerte ou d'un corps gras.

Il y aura lieu, dans les cas où l'éréthisme nerveux sera très accusé, de recourir aux *lavements laudanisés*, aux médicaments sédatifs administrés à l'intérieur, *préparations opiacées*, *valérianate d'ammoniaque*, *bromures*, voire même *injections de morphine;* ces dernières devront être ordonnées avec prudence; il est toujours à craindre chez des femmes nerveuses qu'après avoir goûté de la morphine elles n'en recherchent les sensations incontestablement agréables pour quelques-unes et qu'elles ne versent dans la morphinomanie.

E. — L'*herpès des organes génitaux de l'homme* sera traité par les lotions antiseptiques faibles, *eau boriquée*, *coaltar saponiné*, etc., ou astringentes, *eau blanche*, *décoction de roses de Provins* ou de *feuilles de noyer*, qu'on fera suivre de l'application de poudres inertes ou astringentes, *talc*, *sous-nitrate de bismuth*, *oxyde de zinc*, *salol*. Si la lésion occupe le sillon balano-préputial, il sera bon d'interposer entre le prépuce et le gland un tampon de coton hydrophile : si elle siège sur le fourreau, on recouvrira celui-ci d'une mince couche de coton pour éviter l'action irritante des frottements.

Dans l'intervalle des poussées éruptives, on a recommandé les lotions astringentes (*eau blanche*, solutions de *sulfate de cuivre* ou de *zinc*, de *nitrate d'argent*, etc.), l'usage continu des poudres astringentes, les *bains* répétés. Il ne faut pas se faire d'illusion sur la valeur de ces différents traitements : l'herpès génital résiste à tous.

Pour prévenir le retour des herpès récidivants, on s'est efforcé de modifier la nutrition des parties qui étaient son siège d'élection par des *cautérisations* énergiques, par des applications de *pointes de feu :* ces tentatives n'ont donné aucun résultat appréciable et régulier. Je dois cependant

mentionner la tentative encourageante faite par le professeur Verneuil : une dame était atteinte, à chaque époque des règles, d'une poussée herpétique se reproduisant sur la région du cou : Verneuil pratiqua sur le territoire habituellement envahi par l'éruption des *injections d'éther iodoformé* à 5 p. 100 (une demi-seringue de Pravaz par injection). Pendant les quatre époques suivantes, l'herpès ne se montra pas. Le professeur Fournier pense que cette médication offre une ressource qu'il ne faudrait pas dédaigner le cas échéant.

Le médecin devra rechercher avec soin s'il n'existe dans le tempérament, dans la constitution de son client quelque vice auquel il serait possible d'attribuer tout au moins une prédisposition à la reproduction des poussées herpétiques : aux sujets lymphatiques, on prescrira l'*huile de foie de morue*, les préparations *phosphorées* ou *phosphatées*, le traitement par les *eaux sulfureuses* ou *chlorurées;* aux arthritiques, les *alcalins*, les *eaux bicarbonatées sodiques* ou *alcalines;* aux herpétiques, l'*arsenic* et les *sulfureux*. Doyon a rapporté un assez grand nombre de faits de guérison obtenus à la suite d'une ou plusieurs saisons de traitement à la station thermale d'*Uriage*. *Luchon*, *Saint-Gervais*, *Schinznach* ont été recommandés comme pouvant exercer une action analogue.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT DES PEMPHIGUS

PAR

H. HALLOPEAU

Médecin de l'hôpital Saint-Louis, agrégé de la Faculté de Paris,
Membre de l'Académie de médecine.

I

Considérations générales.

On a confondu sous ce nom toutes les éruptions bulleuses.

Nous le réserverons ici à celles que l'on peut considérer comme *idiopathiques* et *de cause interne :* c'est dire que nous en séparerons les éruptions liées à des intoxications déterminées, telles que l'iodisme et le bromisme, à des névrites, à l'hystérie, à des érythèmes polymorphes, au purpura, au lichen de Wilson, à diverses maladies infectieuses, soit aiguës telles que la variole, soit chroniques telles que la syphilis et la lèpre, à l'action locale d'agents physiques ou chimiques tels que la chaleur, le froid, les vésicants, les caustiques, etc.

Après cette élimination, nous avons encore à considérer plusieurs types cliniques de nature différente : ce sont les *pemphigus aigus,* le *pemphigus congénital avec kystes épidermiques*, la *tendance héréditaire à la production de bulles* et le *pemphigus tropho-névrotique*, le *pemphigus herpétiforme à poussées successives* (*dermatite herpétiforme de Duhring et*

Brocq), le *pemphigus* dit *vulgaire* (il l'est si peu que son existence est contestée), le *pemphigus foliacé*, le *pemphigus végétant*. Pour nous, ces quatre dernières formes, regardées généralement en France comme des espèces morbides nettement différenciées, sont de même nature : nous en avons pour preuve l'existence de faits de passage entre chacune d'elles; c'est ainsi, par exemple, que nous avons vu deux cas avérés de dermatite herpétiforme se transformer en des pemphigus foliacés également typiques et la même maladie s'accompagner de végétations : les différences cliniques incontestables qui ont conduit à distinguer ces formes sont dues, selon toute vraisemblance, soit à des différences dans la qualité ou la quantité des toxines qui paraissent en être les causes prochaines, soit à des modes de réaction différents des sujets.

Le *pemphigus aigu des nouveau-nés* n'a de commun avec les autres variétés que l'éruption bulleuse : c'est, en effet, une maladie engendrée par un *contagium vivum*, puisqu'elle est épidémique ; son évolution cyclique, qui dure de une à quatre semaines, est également en faveur de cette interprétation. L'éruption débute peu de jours après la naissance ; elle peut intéresser toute la surface tégumentaire, à l'exception des régions palmaires et plantaires : elle se produit par poussées successives : l'évolution de chaque élément considéré isolément est tout à fait comparable à celle d'une vésicule de varicelle.

Le *pemphigus herpétiforme à poussées successives*, *dermatite herpétiforme*, a pour caractéristiques la production par poussées successives d'éruptions le plus souvent bulleuses, mais parfois aussi érythémateuses, ortiées, purpuriques, purulentes ou gangréneuses, les sensations pénibles qui les accompagnent et la durée généralement longue de la maladie; il peut se compliquer de diverses manifestations viscérales, et particulièrement d'endo-péricardites, de néphrites, etc. Nous avons établi qu'il n'est pas rare de le voir se terminer par la mort, quoique le pronostic soit le plus souvent relativement bénin; il peut se produire secondairement des végéta-

tions, des lichénifications, des abcès sous-cutanés et des cicatrices indélébiles.

Dans le *pemphigus* dit *vulgaire* ou *vrai*, les bulles se produisent sans que les malades éprouvent des sensations pénibles ; elles ne s'accompagnent généralement pas d'érythème, elles se renouvellent incessamment en différentes parties de la surface tégumentaire; la muqueuse buccale est souvent envahie; la maladie se termine fatalement par la mort.

Dans le *pemphigus foliacé*, l'existence des bulles est éphémère; elles se rompent au fur et à mesure qu'elles se produisent; la lésion consiste alors essentiellement en une exfoliation humide. Le plus souvent elle se généralise à toute la surface tégumentaire. Elle peut devenir végétante sous forme papillomateuse. La maladie peut revêtir d'emblée le caractère foliacé; d'autres fois elle débute avec tous les symptômes d'un pemphigus vrai ou herpétiforme.

Dans le *pemphigus végétant* de Neumann, les bulles se produisent en foyers à progression excentrique; après leur rupture, la surface mise à nu végète et devient ainsi plus ou moins saillante ultérieurement; ces végétations s'affaissent et se cicatrisent en laissant à leur suite des macules pigmentées.

Le *pemphigus congénital à kystes épidermiques* que nous avons décrit est une dermatose bulleuse héréditaire dans laquelle les éléments éruptifs se produisent surtout à la suite de légers traumatismes. Ils peuvent survenir par poussées aiguës et s'accompagner alors de sensations douloureuses ou prurigineuses ; ils peuvent laisser à leur suite des cicatrices indélébiles et de l'atrophie cutanée. Plus souvent on voit se produire dans les macules qui leur font suite des kystes épidermiques dus à l'oblitération des conduits sudoripares par la néoformation épidermique. Il s'agit, selon toute vraisemblance, d'une tropho-névrose, car la distribution de l'éruption peut être *zostérienne*.

La dermatose décrite en Allemagne sous le nom de *tendance héréditaire à la formation de bulles* diffère du type précédent par l'absence de kystes, de cicatrices et d'atrophies

cutanées, de sensations pénibles et par son siège d'élection à la plante des pieds.

Il faut admettre enfin un *pemphigus tropho-névrotique acquis*; il en est ainsi de celui qui se manifeste autour de la cicatrice d'un vésicatoire et récidive ensuite indéfiniment dans la même région.

Nous étudierons successivement les indications fournies par les *causes*, les *processus*, les *lésions* et les *symptômes* des pemphigus.

II

Indications fournies par les causes.

Il résulte de cet exposé que trois ordres de causes, à savoir : *l'intoxication par des ptomaïnes*[1], une *infection bactérienne* et une *tropho-névrose héréditaire ou acquise*, peuvent engendrer ces pemphigus.

A. — Pour ce qui est des toxines, on manque malheureusement de données positives sur leur mode de développement, leur lieu d'origine et les moyens d'agir efficacement sur elles.

On peut cependant, en considérant comme la plus vraisemblable l'hypothèse qui localise dans l'estomac le lieu de formation de ces produits et les rattache à des fermentations gastriques anormales, essayer l'emploi d'agents propres à modifier le contenu de ce viscère, tels que les *naphtols*, le *salol*, l'*ichthyol;* malheureusement, les tentatives faites dans cette direction sont jusqu'ici restées le plus souvent infructueuses. Cependant nous avons vu récemment, dans un cas invétéré de dermatite herpétiforme, une amélioration très notable et durable coïncider avec le traitement par le *charbon* et le salol.

1. Hallopeau et Tête. — Sur la présence d'alcaloïdes phlogogènes dans l'urine pendant une poussée de dermatite herpétiforme. *Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences*, 1894. M. Vadam est arrivé récemment à des résultats analogues chez plusieurs malades de mon service.

Les tentatives pratiquées dans le but d'augmenter la résistance de l'organisme à l'action de la cause morbifique échouent le plus souvent : c'est ainsi que ni le changement de milieu, ni les toniques tels que le *quinquina* et la *kola*, ni l'introduction dans l'organisme, soit par la voie hypodermique, soit par l'estomac, des modificateurs puissants que constituent les *liquides testiculaires, nerveux* et *thyroïdien*, n'ont d'effets curateurs. Nous n'avons pas non plus vu se produire de résultats favorables sous l'influence d'un traitement à hautes doses par les préparations *arsenicales*.

En résumé, on ne peut jusqu'ici, dans ces pemphigus, répondre que très imparfaitement à la plus importante des indications, celle qui dérive de la cause; il faut se garder, ici comme toujours, d'attribuer à la thérapeutique des rémissions ou même des guérisons spontanées, car on les voit se produire sans intervention active dans des formes aiguës ou subaiguës.

Comme adjuvants, les *diurétiques* et particulièrement le *régime lacté* sont indiqués; on sait, en effet, que Leredde et Perrin ont mis en évidence les troubles que présente dans ces maladies, et particulièrement dans la forme liée à la grossesse, l'excrétion urinaire.

Quoi qu'il en soit, bien qu'il y ait des exemples de guérison dans des cas où elle semblait devoir être inespérée, la maladie aboutit, le plus souvent, après une lutte plus ou moins prolongée, à une terminaison fatale.

B. — Il en est autrement pour le *pemphigus des nouveau-nés* qui n'a de commun que le nom avec les pemphigus vrais et auquel nous donnerions volontiers le nom de *dermatite bulleuse épidémique* pour l'en différencier : on sait qu'il s'agit là d'une maladie inoculable, et par conséquent parasitaire; on en a même décrit le microbe pathogène. On se trouve dès lors en présence d'indications d'importance majeure : il faut *isoler* les malades pour empêcher leur infection de se propager; il faut traiter localement les éruptions bulleuses par des *antiseptiques :* il faut les recouvrir de pansements protecteurs pour éviter les auto-inoculations.

L'usage d'applications toxiques est ici contre-indiqué en raison de la puissance d'absorption des surfaces dénudées et du défaut de résistance des sujets; on n'aura donc recours, ni aux préparations phéniquées, ni aux solutions de sublimé.

On a le plus souvent raison de cette éruption en recouvrant les bulles excoriées d'une poudre absorbante et antiseptique que l'on peut formuler ainsi qu'il suit :

℞ Poudre de talc.	20	grammes.
Acide borique.	1	—
Salol.	4	—

M. s. a.

On peut remplacer le talc par une dose égale de *sous-nitrate de bismuth;* il est bon de compléter l'isolement des produits morbides inoculables en recouvrant ce pansement d'un emplâtre isolant et non irritant tel que l'*emplâtre rouge au minium et au cinabre* formulé ainsi qu'il suit par Vidal :

℞ Emplâtre simple	27gr,50
Minium	2gr,50
Cinabre	1gr,50

F. s. a.

On peut encore recourir à l'enveloppement avec de l'ouate hydrophile imprégnée de *vaseline boriquée* au vingtième.

C. — Nous avons vu que la cause du pemphigus congénital avec kystes épidermiques est, selon toute vraisemblance, une tropho-névrose héréditaire; elle est malheureusement en dehors de nos moyens d'action. Il en est de même des tropho-névroses bulleuses acquises.

III

Indications fournies par le processus et les lésions.

Les poussées de pemphigus, surtout dans la variété herpétiforme, coïncident assez fréquemment avec une réaction

fébrile, habituellement modérée, parfois intense, qui indique un processus phlegmasique. Il y a lieu de le combattre par les antipyrétiques : le *sulfate de quinine* à la dose de 1 gramme, le *salicylate de soude* à la dose de 4 à 6 grammes, l'*antipyrine* à la dose de 2 ou 3 grammes dans les 24 heures, peuvent alors rendre d'incontestables services. Il est possible que ces médicaments agissent également sur les causes prochaines de la maladie; nous avons vu des rémissions prolongées coïncider, dans des cas graves de pemphigus herpétiformes, avec l'usage prolongé du sulfate de quinine.

On est jusqu'ici sans action sur les processus qui aboutissent à la formation des bulles. Quand elles se sont développées, diverses circonstances peuvent se présenter : tantôt elles s'affaissent sans s'ouvrir par suite de la résorption graduelle de leur contenu, tantôt elles se rompent et laissent à leur place des exulcérations qui peuvent suppurer, se recouvrir d'exsudats diphtéroïdes ou végéter; enfin l'éruption peut être très circonscrite ou généralisée.

Quand les bulles persistent et s'affaissent sans s'ouvrir, il n'y a pas lieu de les traiter localement, si ce n'est en les enveloppant d'ouate hydrophile pour les protéger; l'épiderme soulevé constitue en pareil cas le meilleur des topiques.

Il est des cas cependant où il est indiqué d'*évacuer* le contenu des bulles, c'est lorsqu'il est devenu purulent par la pénétration de microbes venus du dehors ou que la tension du liquide donne lieu à des sensations pénibles; il y a lieu alors de les percer avec la pointe d'une aiguille passée à la flamme.

Quand la bulle est ouverte, on doit recourir aux protecteurs antiseptiques pour éviter les inflammations et infections secondaires : on peut avec avantage employer en pareil cas le pansement avec de l'ouate hydrophile imprégnée de *liniment oléo-calcaire* que l'on additionne de 1/20e d'acide borique; les pommades à l'acide borique ou au *salol*, ainsi que les poudres absorbantes formulées ci-dessus peuvent également rendre des services.

Si les lésions sont circonscrites, on emploiera avec avan-

tage l'*huile d'amandes douces* additionnée de 1/20e d'*acide phénique neigeux*, sans addition d'alcool.

Les exsudats diphtéroïdes peuvent être combattus, soit, si l'éruption n'est pas très abondante, par l'*iodoforme* ou le *di-iodoforme*, soit par l'*alcool camphré*, soit par la solution au tiers de *tartrate ferrico-potassique* après anesthésie passagère par l'alcool.

Les végétations du pemphigus ayant tendance à subir spontanément une évolution rétrograde n'exigent pas qu'un traitement soit spécialement dirigé contre elles.

On a signalé des cas de pemphigus gangréneux : le pansement avec de l'ouate imprégnée d'alcool camphré peut être alors utilement employé.

IV

Indications fournies par les symptômes.

Les troubles fonctionnels peuvent être nuls dans les pemphigus; d'autres fois, surtout dans la variété herpétiforme, les malades éprouvent des sensations parfois très pénibles, soit de prurit, soit de cuisson, dans les parties atteintes.

En dehors des topiques indiqués plus haut, l'usage du *bain continu* est alors la médication qui produit le plus de soulagement : les malades n'accusent aucune souffrance aussi longtemps qu'ils sont dans l'eau; les cuissons ou le prurit se renouvellent avec intensité dès qu'ils en sortent.

On peut parfois réussir à amoindrir le prurit en ajoutant au topique 1/50e d'*essence de menthe* (Vidal) ou 1 0/0 d'*acide phénique*.

Il est indiqué enfin, lorsque les sensations sont très pénibles, de donner à l'intérieur, soit des préparations *opiacées*, soit du *chloral;* nous ne saurions, par contre, conseiller les injections de morphine, car les malades courraient grand risque de s'y habituer et de devenir ainsi morphinomanes; nous

proscrivons également les applications de cocaïne à cause de l'action nocive que peut exercer ce médicament. Ces maladies sont de celles où il faut surtout avoir toujours présent à l'esprit l'axiome : *primo non nocere.*

Les réactions fébriles doivent être combattues par les moyens indiqués particulièrement contre les processus phlegmasiques.

S'il se produit des phénomènes de cachexie, on cherchera à les atténuer en prescrivant les préparations usuelles de *quinquina* ou de *kola*, une alimentation substantielle, et, si faire se peut, le séjour à la campagne.

Il résulte de cet exposé que la thérapeutique reste jusqu'ici insuffisamment armée contre ces dermatoses, en ce sens qu'elle est sans action certaine sur leur cause prochaine encore incomplètement déterminée, mais qu'elle est à même cependant de rendre d'importants services aux malades qui en sont atteints en leur épargnant par une protection antiseptique les infections secondaires, en modérant la réaction fébrile, en calmant les sensations douloureuses, enfin, en soutenant les forces et en stimulant la nutrition générale dans le cas de cachexie.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT DE L'ECZÉMA

PAR

ERNEST BESNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de médecine.

I

MÉMENTO NOSOGRAPHIQUE ET NOSOLOGIQUE

I. — De l'eczématisation : Lésions. — Symptômes. — Formes cliniques.
II. — Aperçu sur les eczémas de Unna, ou eczémas séborrhéiques.

Les épidermodermites exsudatives du type catarrhal — catarrhes humides de la peau, — auxquelles la tradition médicale donne le nom commun d'eczémas, sont à ce point différentes de nature, de causes, et de réaction thérapeutique, que leur réunion en un groupe uninominal semble un comble d'irrégularité nosologique.

Cependant, en fait, tous ces états pathologiques de la peau, si disparates, sont reliés par une communauté de lésions, dont l'ensemble réalise l'état d'eczéma, que nous avons proposé de désigner, abréviativement et synthétiquement, par le mot eczématisation. Quelquefois, ces lésions sont liées à la présence d'un élément parasitaire ; mais, dans tous les cas, une fois eczématisée à un titre quelconque, la peau offre un champ d'asile aux microbes d'aventure, et un terrain de culture à diverses bactéries qui, une fois immigrées, prennent une part

plus ou moins importante à l'évolution pathologique ultérieure.

Le rôle et la valeur pathogénique de ces éléments microbiens sont trop complexes pour être, dès à présent, déterminés et formulés pratiquement sans discussion[1]; ayant d'ailleurs, ici, simplement charge d'exposer, en termes clairs, le traitement qui convient à l'eczématisation de la peau, dans toutes les circonstances où elle est produite, nous ne retiendrons, chemin faisant, de la partie dogmatique du sujet, que ce qui sera nécessaire à établir pour servir de base à une thérapeutique rationnelle et progressive.

I

De l'eczématisation.

Lésions et lésions-symptômes. — Symptômes. Formes cliniques.

Tantôt primitive, l'eczématisation est, d'autres fois, secondaire à diverses affections classées — pityriasis, psoriasis, séborrhées, hyperidroses et hyperstéatidroses, prurigos diathésiques, ichthyose, dermatite de Duhring-Brocq, etc., auxquelles elle s'associe ou se superpose, et au cours desquelles elle peut momentanément occuper le premier plan. Sa constatation dans un complexus pathologique n'implique en aucune manière la nature eczématique du syndrome, et n'autorise, à aucun titre, le déclassement des affections diverses dans lesquelles cette constatation est faite.

Dans ces cas, la lésion cutanée ne constitue qu'une phase épisodique d'un complexus tel que le prurigo diathésique, par exemple, lequel ayant au nombre de ses altérations cutanées, successivement ou simultanément, l'érythème,

1. Cf. L. Török. — Ueber die Bedeutung der ekzematösen Hautlœsionen und über die allgemeinen Reactionen der Haut. *Pester med. chirurg. Presse*, 1896, p. 946.

l'urtication dans ses types les plus variés, l'eczématisation, la lichénisation, etc., ne peut être à la fois un érythème, une urticaire, un eczéma, un lichen, mais demeure, en réalité, toujours une maladie diathésique prurigineuse individualisée, un prurigo diathésique. Pour ces faits composés, complexes, compliqués, atypiques, à certaines phases de l'évolution l'ambiguïté est souvent assez aiguë, et la difficulté considérable; mais, dûment prévenu de la complexité éventuelle des faits en apparence les plus simples, le médecin, pourvu de méthode nosologique, saura le plus souvent, à l'aide de l'analyse clinique, remonter aux origines, et restituer à l'affection primaire l'individualité qui lui appartient, condition essentielle pour traiter non seulement la lésion, mais aussi la maladie.

Enfin, de même qu'elle s'associe à d'autres états pathologiques, l'eczématisation subit elle-même des interférences, les altérations eczématiques s'associant, ou faisant place à une autre lésion, l'état de lichen par exemple, la lichénisation — eczémato-lichénisation, lichénisation secondaire.

A. — *Lésions.* — Le siège anatomique de l'eczématisation est l'étage supérieur de la peau, dans lequel le derme et l'épiderme se pénètrent réciproquement d'une manière intime — de la couche cornée au réseau sous-papillaire. Le derme proprement dit, — du réseau superficiel au réseau profond — et l'hypoderme — du réseau profond à l'aponévrose superficielle, — ne prennent part au processus que dans des conditions particulières, accidentelles, de traumatisme, d'infection secondaire, de localisation aux appareils différenciés, etc.

Les altérations élémentaires qui constituent l'état d'eczéma sont nombreuses et très variées; leur intensité, leur profondeur et leur degré, ont une gamme extrêmement étendue :

Irritation active du réseau sanguin superficiel; leucocytose modérée; jamais de pyocoques; hydropisie séreuse des espaces inter-épineux; œdème interstitiel de l'épiderme, exsudat

d'abord séreux, puis séro-fibrineux, — état spongoïde de Unna[1];

Élévation du niveau de l'épithélium, tuméfaction, papulation — acanthose[2]. — Secondairement, troubles divers de la kératinisation — parakératose[3].

1. L'aspect d'éponge, l'état spongoïde est constitué par le réseau des canaux inter-cellulaires dilatés :

L'état spongoïde, dit Unna, atteint une surface très variable du corps muqueux. Au début, on ne le trouve que par points de la largeur d'une papille par exemple, et directement sous la couche intermédiaire (couche de passage entre l'épiderme malpighien et l'épiderme corné), que la kératinisation soit normale ou parakératosique. Un point spongoïde peut conserver cette dimension, se kératiniser et arriver ainsi dans la squame où il se présente sous forme d'une croûtelle en miniature, ronde, un peu aplatie, généralement fibrineuse, saillante, qui finalement est éliminée. Ou bien l'état spongoïde envahit exclusivement les étages sous-jacents du corps muqueux. Les espaces inter-cellulaires se dilatent alors, confluent en lacunes inter-cellulaires plus grandes, tandis que les cellules, précédemment turgescentes, sont comprimées en travées plus ou moins minces. Lorsque les lacunes de cet épiderme, ainsi transformé en une sorte d'éponge, se sont remplies en partie, et surtout dans la région supérieure, de masses coagulées, tout le territoire spongoïde se trouve soulevé par les couches d'épiderme néoformées au-dessous de lui, il se dessèche et devient une croûte fibrineuse. Ces grandes croûtes qui ne s'exfolient que lentement en totalité, s'imbibent encore de temps en temps, même quand elles sont kératinisées, de lymphe, comme le ferait une éponge; elles se gonflent d'abord et forment ces masses épaisses et friables, ces croûtes d'un jaune de miel et alvéolaires, que l'on considère souvent à tort comme « impétigo ». La preuve que ces croûtes ont gonflé secondairement est fournie par les cavités très larges, presque cubiques, séparées par de minces travées cornées verticales, remplies de liquide coagulé, cavités qui ne peuvent pas avoir été produites sous cette forme dans la couche épineuse.

2. Acanthose, Class. de Auspitz, sert de désignation générique aux anomalies de la *couche épineuse* de l'épiderme qui forment trois familles : les hyperachantoses, les parachantoses, les acantholyses. Ici le mot désigne simplement la prolifération épithéliale du réseau.

Dans l'eczématologie extrêmement développée et remarquable de Unna, le tableau de la vésiculation est beaucoup trop considérable et trop complexe pour trouver place dans le cadre de notre mémento sommaire.

Quelques lignes seulement pour mémoire :

A. — Aiguë ou chronique, primaire ou secondaire, la vésiculation de l'eczéma resterait d'après Unna, contrairement à la notion classique, inter-cellulaire, et ne serait nullement — comme cela est vrai pour les vésicules du zona et de la variole — produite par une liquéfaction et une dégénérescence des cellules épithéliales : les cavités étant formées par écartement des éléments. L'altération cavitaire de Leloir — dilatation de l'espace péri-nucléaire des cellules — ne s'y joindrait que secondairement, resterait partielle, et n'aurait qu'une part de deuxième rang à la vésiculation de l'eczéma. L'agent eczématigène n'aurait pas d'action toxique, de pouvoir dégénératif capable de liquéfier le protoplasme des cellules.

B. — Pour Unna, la vésiculation eczématique ne représente pas un processus un ni unique : l'auteur en relève particulièrement trois espèces : — (*a*) Vésicules primaires de l'eczéma aigu : Contenu mixte de sérum, de leucocytes et d'épithélium non kératinisé, c'est-à-dire non pur — résultant de la pénétration brusque de morocoques sous la couche cornée et dans le réseau, soit spontanément, soit par inoculation expérimentale, n'ayant de rapport avec les vésicules de l'eczéma chronique que par l'identité de l'agent infectieux. — (*b*) Dans l'eczéma chronique, deux espèces de vésicules, l'une résultant de l'exagération simple de l'état spongoïde, à contenu pur séreux et fibrineux; l'autre à contenu surchargé de leucocytes, qui se sont fait place en créant une vésicule sous-cornée, comme dans l'impétigo vrai.

3. Parakératose, Class. de Auspitz, désigne, parmi les épidermidoses, la seconde famille des kératonoses — anomalies de kératinisation et de sécrétion, — la-

Dans le derme sous-papillaire, à partir du voisinage immédiat de l'épiderme, irritation dermique de la zone vague. — Prolifération conjonctive des cellules fixes, segmentations nucléaires, infiltrations hématiques, hémaphéisme, pigmentoses. Altérations variées des appareils différenciés et de leur atmosphère : folliculites, idradénites, phlegmons. Secondairement, hyperdermie, lichénisation, sclérose, pachydermie[1].

B. — L'épidermodermite catarrhale, exsudative et exfoliative, qui constitue l'eczématisation; la lymphangite vague réticulaire, tantôt toxique, tantôt toxinique, qui joue un si grand rôle dans sa production, son évolution, sa durée, ses rechutes, ses récidives, sont plus ou moins bien connues dans leurs altérations réalisées; mais elles demeurent obscures dans leurs conditions physio-pathogéniques. Quel est le mode vital du phénomène? De quelle nature sont les irritants directs et d'où proviennent-ils? Sur quels éléments anatomiques l'irritant porte-t-il son action primaire? Le trouble nutritif est-il provoqué directement par irritation de la cellule, ou dérive-t-il de l'excitation des éléments nerveux, etc? Péniblement la bactério-dermatologie naissante a créé quelques essais d'eczématogénie microbienne; mais rien encore n'est venu donner de clarté réelle sur les individualités bactériennes pathogènes, sur la réalité et sur la nature de leurs projections toxiniennes, ni sur les éléments anatomiques qui reçoivent l'action irritative, et gouvernent le processus dans ses modalités sans nombre.

Cependant, les notions anciennes sont manifestement insuffisantes pour éclairer la physio-pathogénie de la plupart des

quelle comprend le psoriasis — parakératose diffuse — le lichen ruber, et le lichen plan — parakératoses folliculaires. Pour Unna, parakératose veut dire « catarrhe sec ».

1. Cf. E. Gaucher. — Anat. path. de l'eczéma, *Annales de Dermat. et de Syph.* Avril 1881. — H. Leloir et E. Vidal, Traité descriptif des maladies de la peau, Paris, 1890-1891. pp. 237 à 248, 256 à 262, 269 à 275. Fig. dans le texte, et Pl. X, XI, XII, où Leloir a admirablement exposé la série coordonnée des lésions histologiques de l'eczéma. — P. G. Unna, Die Histopathologie der Hautkrankheiten, in-8, Berlin, 1894 et l'analyse critique si lucide, et si remarquable, faite par J. Darier dans les *Annales de Dermatologie*, novembre 1895, pp. 1221-24.

eczématisations, et un rôle, à déterminer, ne saurait être refusé aux microrganismes qui entrent en activité sur la peau, quand son revêtement corné a été entamé, et quand l'épidermoderme est devenu en état pathologique. L'observation des résultats favorables obtenus par les médications anti-parasitaires appliquées au traitement des plaies en général, et aux brûlures en particulier, est des plus suggestives : dans les brûlures, par exemple, pas d'intervention bactérienne préalable à la lésion de l'épidermoderme; mais aussitôt cette lésion produite, germination et multiplication rapides d'éléments microbiens que la médication anti-parasitaire, le pansement aseptique strict, annihilent rapidement.

Les lésions épidermodermiques préalables que produit la brûlure, peuvent l'être à titre pré-eczématique, par des parasites agissant mécaniquement, par tous les traumatismes, le grattage, la macération sudorale ou autre, les altérations chimiques de la stéatidrosie, les irritants du dehors les plus variés, etc., toutes circonstances de nature à permettre l'évolution de bactéries devenant, à leur aide, pathogènes, bactéries à type évolutif actif et rapide. Mais, par malheur, la comparaison en reste aux prémisses, tant, dans l'eczématisation, la phénoménalité entière est particularisée par sa nature et par sa complexité. D'une part, les modes épidermolytiques, kératolytiques, sont beaucoup plus variés; et, de l'autre, l'intervention de l'élément vital, le rôle du terrain infiniment plus marqués. L'âge, les altérations préalables de la peau, les aberrations fonctionnelles : anidrose, hyperidrose, astéatose et hyperstéatose, hyperstéatidrose, l'état du système vasculaire, l'irritation nerveuse, les adultérations humorales diathésiques, les auto-intoxications, l'infirmité régionale des parties déclives, la finesse et la fragilité du stratum corné dans les grands plis de contact, etc., etc., voilà encore autant de conditions qui ne dérivent pas, comme le suppose Unna, de l'action microbienne, mais qui en permettent l'intervention. Voilà aussi les raisons qui feront comprendre comment une médication, héroïque contre les brûlures, la médication

picrique par exemple, échouera, ou nuira, dans le traitement des eczématisations vraies.

Ce qu'il faut retenir de la comparaison avec les brûlures, non moins que de la notion du parasitisme, même secondaire, de l'eczématisation, c'est qu'il est nécessaire d'apporter, dans le traitement local des eczémas, les procédés de la méthode aseptique ; asepsie des mains, des linges, des pommades, etc. ; nettoyage absolu des surfaces eczématisées ; pansements rigoureusement propres. Notion neuve, difficile à faire pénétrer dans les usages médicaux, mais qui, dès à présent, s'impose.

C. — Aux altérations anatomiques de l'épidermoderme correspondent directement des modifications tégumentaires objectives, symptômes-lésions, dont la variété, le degré, les oscillations, sont réglés par des conditions multiples de cause, d'action extérieure, et d'individualité. On peut les représenter dans leur ensemble de la manière suivante, en n'oubliant pas, cependant, que la description dogmatique réunit tous les caractères et la totalité des phénomènes, mais que chaque élément peut exister seul, pour un temps variable, ou faire partie d'une association, ou d'une combinaison, dans toutes les proportions.

Rougeur érythémateuse, de toutes nuances et à tous les degrés ; œdématie ordinairement superficielle et légère, éventuellement intense dans quelques formes suraiguës ou chez certains sujets en état pathologique ; régulièrement dans certaines régions à œdème facile, comme celle des tissus périmalléolaires, le dos des pieds et des mains, le prépuce, les paupières, et la face en général, etc.

En même temps, ou peu après, vésicules en semis, nombreuses, serrées, placées à plat ou couronnant des saillies papuleuses, généralement très petites, miliaires, quelquefois, — exceptionnellement — plus volumineuses, fusiformes ou lenticulaires ; ou phlycténules isolées, ou associées en amas cloisonnés ; ou enfin bulles ; les unes comme les autres fragiles,

éphémères, évoluant par séries renouvelées, subintrantes. — *eczéma miliaire, papulo-vésiculeux, à grosses vésicules, phlycténulaire, bulleux, pemphigoïde, pemphigus eczémateux, etc.*

A la rupture des vésicules et des phlycténules succèdent des perforations ponctuées, des érosions miliaires, des fissures, qui drainent, du réseau en état spongoïde, à la surface libre, une sérosité claire initialement, puis, plus ou moins citrine, alcaline, et, secondairement, un exsudat séro-fibrineux, que l'on voit perler aux orifices eczématiques, comme à la surface d'une éponge. A ce moment, la surface eczématisée est à la période de rougeur la plus active, humide, suintant ordinairement dans des proportions modérées, quelquefois excessives, souillant alors à profusion tous les pansements.

Plus ou moins selon la quantité du liquide eczématique, et selon son degré de concrescibilité, qui augmente à la seconde période et est proportionnel au degré de la fibrinose, la nappe eczémateuse exulcérée, spongieuse, se recouvre de croûtes, — concrétions mixtes résultant de la dessiccation du liquide eczématique et de l'exfoliation de la couche spongoïde (Unna) — dont l'épaisseur, la stratification, l'adhérence, l'enchâssement, la couleur grise — jaune d'or, melliforme, semblable à celle de l'impétigo (*eczéma impétigineux* [1]), verdâtre, noirâtre, etc., — varient selon les espèces et selon les formes, et peuvent, en outre, être modifiés par le mode de pansement employé, les applications médicamenteuses, ou les adultérations infectieuses éventuelles.

Quand la période d'exsudation profuse a cessé ; quand les croûtes ont été, ou se sont, détachées, on trouve la surface eczémateuse d'un rouge vif, quelquefois tatouée de ponctuations hématiques, particulièrement dans les régions déclives

1. L'eczéma et l'impétigo considérés dans leurs types sont deux altérations distinctes, et la seconde peut venir compliquer la première ; mais il s'en faut que la question soit aussi simple que semblent le croire quelques auteurs, et cela aussi bien au titre histo-bactériologique qu'au titre clinique. Eczéma « impétigineux » ne veut pas dire eczéma compliqué — au sens vrai du mot — d'impétigo mais bien eczéma ayant quelques-uns des caractères de l'impétigo, eczéma impétiginoïde. La fixation définitive de ce sujet réclame des études complémentaires ; il suffit pour le moment d'avoir notion des difficultés de la question.

ou variqueuses, lisse et luisante, recouverte d'un stratum épidermique dont on peut, par le plissement, reconnaître l'extraordinaire finesse, fragile, saignant au grattage ou par l'avulsion des fragments de croûtes restés adhérents. Cette période d'état vernissé rouge, ébauche de guérison, est toujours délicate à diriger en raison de la persistance de l'acanthose inter-papillaire, à laquelle est liée la reproduction des paroxysmes irritatifs qui évoluent dans l'épidermoderme, et que la moindre faute thérapeutique peut accroître dans des proportions imprévues, aussi longtemps que le molimen eczématique n'est pas complètement éteint. On voit, alors, réapparaître tous les phénomènes de l'acte précédent.

Lorsque le moment de la délitescence, spontané ou hâté par la thérapeutique générale ou locale, est arrivé, la nappe eczématique pâlit et se détuméfie. Le surtout épithélial cesse d'être tendu, se fragmente et s'exfolie; à la période d'humidité succède une phase de sécheresse; l'excrétion sudorale n'a pas encore repris son cours et la sécrétion eczématique n'existe plus; c'est une véritable xérodermie anidrosique, — *eczéma sec*, — avec craquelage diversement dessiné, réapparition d'abord très imparfaite de la kératinisation épidermique, et ébauches de reconstitution de la zone cornée normale, laquelle, après avoir subi des exfoliations plus ou moins réitérées, finit par revenir à l'intégrité, régulièrement sans cicatrices appréciables, quelquefois avec macules pigmentaires consécutives.

D. — D'emblée, ou secondairement, en raison de la nature, de la forme, du siège anatomo-topographique, de conditions particulières idiosyncrasiques, etc., l'eczématisation peut présenter de très grandes variétés dans la profondeur à laquelle pénètrent les altérations. On pourrait, comme dans les brûlures, reconnaître à l'eczématisation trois degrés; le premier, — *eczéma superficiel*, — comprend tous les cas légers dans lesquels une cause éphémère, et rapidement supprimée, n'a actionné que les parties les plus élevées de l'épidermo-

derme. Le second réunit les variétés moyennes — *eczéma du second degré, moyen* — avec infiltrats lymphatiques, épaississement épidermodermique. Le troisième degré se compose des cas dans lesquels le derme, au delà du réseau, est intéressé activement — *dermite eczémateuse*, *eczéma profond*. A ces constatations s'attachent des notions de première importance au sujet du pronostic et des indications thérapeutiques.

Les formes profondes, qui correspondent au troisième degré de l'eczématisation, ne se confondent pas avec les variétés où celle-ci est associée à des processus désignés, comme l'état de lichen, — *eczéma lichénoïde, lichénisé* (*eczéma lichénifié* de Brocq) ; ces dernières sont des formes associées, dans lesquelles la lichénisation et l'eczématisation coïncident, coexistent et peuvent prédominer momentanément l'une sur l'autre, se prolongeant indéfiniment l'une par l'autre par un « cercle vicieux ». Ces phénomènes peuvent se produire partout, mais on les observe particulièrement aux poignets, au coude ou au genou — formant des éléments ambigus qui, suivant la période ou selon l'observateur, seront considérés comme de l'eczéma, du lichen ou du psoriasis — à la nuque, au-dessus du pli fessier, au scrotum, aux grandes lèvres, à la face externe des membres inférieurs, au front, aux sourcils.

E. — Souvent un plus ou moins grand nombre d'éléments manquent au syndrome, momentanément ou durant tout le cours de l'affection, ou, au contraire, quelques-uns prédominent, et constituent des formes et des variétés tout à fait particulières ; le phénomène le plus général réside dans la dyskératose, trouble de la fonction cornée de la peau, lié à des genres variés d'irritation du réseau, et des zones de transition qui sont étagées entre le corps muqueux proprement dit et la couche des cellules à kératinisation parfaite.

F. — Les localisations anatomo-topographiques de l'eczéma — cuir chevelu, régions pilaires de la face, régions pilaires des aisselles, des organes génitaux ; oreilles, paupières, orifices

nasal et buccal, col, thorax et région inter-scapulaire; ombilic, plis inguino-cruraux, plis sous-mammaires; organes génitaux, orifice anal, plis antibrachiaux et poplités; segments des membres, régions spéciales des extrémités, faces dorsale et palmaire, plis inter-digitaux, régions unguéales — sont très importantes à préciser. Elles jouent un rôle considérable dans la détermination du type et de la forme de l'eczématisation, avec quelques anomalies actuellement inexpliquées; mais surtout, elles ont à être distinguées au point de vue des indications thérapeutiques très particulières qu'elles fournissent.

G. — Dans toutes les espèces et dans toutes les formes, les variétés sont très multipliées :

Il existe une série de formes et de variétés frustes :

1° Temporairement, ou pendant toute leur durée, on ne trouve réunis qu'un très petit nombre d'éléments; ce sont tantôt de simples aires desquamatives lisses, ou finement plissées, laissant apercevoir la rougeur du réseau papillaire superficiel, bordées par une fine collerette adhérente, coupée régulièrement, ou déchiquetée, ou festonnée, rappelant exactement les aires desquamatives de l'eczéma figuré de la langue, que l'on désigne communément sous le nom de glossite exfoliante marginée — *ecz. exfoliant, en aires.*

2° Ailleurs, avec ou sans l'altération précédente pour base, les éléments essentiels sont, avec l'anidrose, de nombreuses variétés de fissuration, soit comme phase de début ou type de transition, ou état morphologique spécial; aux mains particulièrement, ce sont des craquelures multipliées représentant plus ou moins le craquelé japonais — *ecz. craquelé*, — forme commune d'eczéma chimique; eczéma des laveuses, etc., etc.

Sur les membres, ce sont souvent de grandes surfaces eczématisées à des degrés très divers, sillonnées de fissures sinueuses de la couche cornée par lesquelles s'écoule, s'est écoulé ou s'écoulera, le liquide eczématique; variétés très communes chez les vieillards — *ecz. fendillé* de Devergie. En toutes régions, mais surtout aux mains, on peut observer, comme

unique symptôme-lésion, l'anidrose et des fissures, manifestation provisoire, épisodique, ou définitive, de l'eczématisation — *ecz. fissuré.*

3° Sur les mains, l'exposition à tous les irritants du dehors, non moins que les conditions anatomiques régionales, produisent une richesse dermatographique extraordinaire; les altérations précédentes, ou des dyskératoses voisines, s'y présentent figurées en disques, en anneaux, en aires desquamatives polycycliques. A la face palmaire, elles prennent l'aspect du psoriasis fruste, des syphilides, de la trichophytose de cette région anatomique spéciale, etc. Sur le dos des mains, la forme commune est en disques, en placards, quelquefois irréguliers, d'autres fois nummulaires, avec de grandes variétés dans le détail; papules, vésiculation, fissures de tous les types, fines cannelures concentriques visibles à la loupe (*ecz. cannelé*, Brocq), etc., etc. Toutes ces formes, généralement sèches, accessoirement suintantes.

4° Souvent l'eczématisation occupe, soit à son début, soit pendant toute sa durée, soit principalement, soit exclusivement, les follicules des régions glabres — *ecz. des follicules, ponctué, ansérin*, etc. Tantôt la disposition des follicules eczématisés est vague, non figurée, et c'est le plus ordinaire dans toute une série d'eczémas disséminés de cause externe, parasitaire ou autre; tantôt, les follicules atteints, avec ou sans eczématisation uniforme des espaces inter-folliculaires, forment des plaques ou des placards uniformes plus ou moins régulièrement discoïdes, ainsi qu'on l'observe si souvent sur le dos de la main et des doigts. D'autres fois, les disques sont tout à fait nummulaires, immobiles, ou, au contraire, à progression excentrique; le type de ces dernières formes est l'eczéma des follicules de Malcolm Morris, espèce encore à l'étude et très discutée[1]; après la formation du disque initial, le centre de la plaque ansérine se décolore, prend une teinte dégradée, s'affaisse à la normale, et desquame en rétrocession,

1. Cf. — Jadassohn. — Ueber Eczema folliculare, et A. Neisser. — Ein Fall von sogenannt. Eczema folliculare, *IV, Deutsch. Dermatolog. Congress.*

alors que les zones concentriques formées par les follicules de la périphérie prolifèrent, sont en pleine hyperémie et au sommet du molimen eczématique, exactement sur le mode de la trichophytose des parties glabres.

5° Sur les régions pilaires, notamment au cuir chevelu chez l'homme, l'eczématisation peut être accusée seulement par une desquamation vague, diffuse, quelquefois localisée en îlots ou figurée, en petites lamelles sèches, ou, au contraire, graisseuses, traversées par le poil ou l'engainant à sa base, et recouvrant une surface hyperémique, grasse, ou suintant au grattage, lisse, avec ou sans dilatation des orifices folliculaires — *ecz. pityrode*, ou *pityriasis eczématique* — ces diverses lésions pouvant ne pas dépasser ce stade, ou être le prélude d'un eczéma d'avenir, ou le reliquat d'une eczématisation antérieure. Quand le processus eczématique, associé à des infections adventices, gagne le canal folliculaire, ou le glomérule, la série est modifiée, et les complications de folliculite canaliculaire ou profonde, et d'idradénite, prennent le premier plan. — *ecz. sycosiforme*, *ecz. pilaire profond*, *furonculeux*, etc.

6° Dans certaines conditions individuelles, et dans diverses régions, mais particulièrement aux points où la kératinisation de l'épiderme, normalement très accentuée, s'exagère à la moindre provocation — paume des mains, surfaces plantaires et latérales des pieds, région du tendon d'Achille, — l'hyperkératose la plus excessive peut se joindre au processus eczématique, le précéder ou lui survivre — *eczéma corné*, *hyperkératosique*.

7° En d'autres régions, au contraire, où la couche cornée est peu épaisse, et où les glomérules abondent, formant de véritables centres sudoripares — aisselles, ombilic, régions sous-mammaires, plis sous-abdominaux des enfants et des obèses, gouttières inguino-scrotales, anus, plis antibrachiaux et poplités, atmosphère vulvo-anale, pli rétro-auriculaire — l'eczéma évolue avec une activité particulière; le suintement mixte, sudoral et eczématique, s'y produit très abondant; de longues fissures sillonnent le fond des plis. Qu'elle soit amor-

phe ou figurée, quelle qu'en soit la nature ou la cause, la localisation anatomo-topographique y particularise toujours l'eczématisation, produit des troubles fonctionnels identiques, et est la source d'indications générales importantes à déterminer — *eczéma intertrigo.*

8° Il faut, en outre, compter avec des formes anomales, imprévues, extraordinaires, non décrites, surtout dans les eczématisations secondaires; celles, par exemple, dans lesquelles, chez les enfants atteints de prurigo diathésique, on voit le derme papillaire œdémateux et proliférant constituer des nappes élevées — *eczéma élevé* — disposées en îlots néoplasiformes, — à la face, au tronc, à l'abdomen, aux membres, au dos des mains et des pieds, des doigts, — laissant en réserve des plis et des sillons intermédiaires, saillies ou plis normaux, etc. Ces cas ne se confondent pas avec les eczématisations localisées, végétantes, éléphantiasiques — *eczéma éléphantiasique* ou *éléphantiasis eczématique.*

H. — En dehors des cas où l'eczématisation se fait sur le mode exanthématique, les lésions eczématiques sont rarement très nombreuses, et systématisées d'emblée : longtemps, presque indéfiniment, elles peuvent demeurer localisées, cantonnées, dans une région parfois très restreinte — cuir chevelu, paume de la main d'un côté (rare), un pli auriculaire, orifice ombilical, un conduit auditif, nuque, bord des paupières, anus, creux poplité, etc. Primitive ou éloignée, la généralisation n'est jamais universelle au sens absolu du mot : toujours il reste des îlots de réserve et, quand il en est autrement, il s'agit d'autre chose : soit d'une érythrodermatite distincte, soit d'une érythrodermie secondaire. Très souvent les nappes eczématiques sont indéterminées, diffuses — *ecz. amorphe* de Devergie. Dans d'autres formes, les placards même irréguliers sont figurés en îlots bien distincts, — *ecz. figuré, nummulaire, discoïde, circiné, marginé* — pouvant former des figures composites, et affectant quelquefois une évolution serpigineuse.

Jamais, même quand un membre entier ou une portion de membre sont envahis, la section des bords n'est circulairement linéaire, ni rectangulaire; quand on observe ces dispositions, on peut être assuré que l'eczématisation a été provoquée, ou étalée, par les applications extérieures dont elle a pris la forme. Ces caractères de localisation ou de généralisation, de conformation et de disposition, peuvent contribuer à spécifier une espèce, une forme ou une variété; mais les exceptions, les associations et les combinaisons des éléments sont loin d'être rares; il sera sage, au lit du malade, de ne pas l'oublier, et toujours il sera prudent de ne pas improviser trop brillamment un diagnostic précisé exclusivement d'après la configuration ou la disposition.

Enfin, sauf pour quelques formes d'eczéma pseudo-exanthématique généralisé, ou très étendu, l'état floride, ou l'état torpide, ne sont pas des éléments de nature, mais des phénomènes évolutifs appartenant aux périodes initiales ou premières, mais pouvant se produire, et se reproduire, dans les formes primitivement aiguës devenues torpides, ou au cours de formes torpides d'emblée.

I. — Le mode évolutif de l'eczématisation, les réactions produites, présentent les plus grandes variétés, selon sa nature et sa cause, son siège, son étendue, ses complications, l'état de repos ou de fatigue, etc.; mais aussi selon l'individualité du patient, son coefficient vital, etc. Le plus souvent, d'emblée, ou après une courte période réactionnelle, l'évolution eczématique est subaiguë, lente, avec alternatives de paroxysmes et de rémissions, ou décidément chronique. Peu ou pas d'état fébrile et de troubles digestifs, en dehors de ceux que présentent en propre, si souvent, les eczémateux. La plupart restent valides; plus ou moins complètement immobilisés dans les cas à grande extension, ou dans les cas de localisation aux membres inférieurs, ils sont rarement alités à proprement parler. Le mode suraigu ou aigu, à titre prodromique, appartient à la période initiale des eczémas pseudo-

exanthématiques — rouge, scarlatiniforme, — aux périodes paroxystiques, ou aux complications intercurrentes dermitiques ou viscérales. Le plus souvent, la phase réactionnelle est courte aussi, les manifestations excessives se calment, et font place à des altérations eczématiques franches et localisées.

Dans les éruptions primaires, ou dans les paroxysmes des rechutes, toutes les fois où naît, ou bien se reproduit, un molimen eczématique subaigu, aigu, ou suraigu, on voit se dérouler, en tout ou en partie, en actes théoriquement successifs, mais souvent très irréguliers, les phénomènes irritatifs, à chacun desquels se rattachent des indications thérapeutiques motivées. Quelquefois la totalité des surfaces eczématisées subit, en même temps, les phases d'éruption, d'augment, d'état et de déclin; mais il n'est rien d'aussi ordinaire que de voir une indépendance complète s'établir entre les divers territoires envahis, et les uns débuter, ou repasser à l'état d'activité, alors que d'autres entrent en régression, et terminent définitivement leur phase évolutive.

J. — Même étendue à de grandes surfaces, en dehors des cas compliqués de dermite provoquée, d'infection, et chez les sujets non particulièrement prédisposés, l'eczématisation ne donne pas ordinairement lieu à des adénopathies intenses. On peut voir cependant, au cours du processus, les ganglions lymphatiques se tuméfier et devenir douloureux; il est exceptionnel qu'il survienne des péri-adénites simples ou phlegmoneuses.

Aux aisselles, aux plis inguino-cruraux, aux lèvres de la vulve, au scrotum, au pubis, à l'anus, etc., on voit assez souvent, avec ou sans cause appréciable d'irritation et d'infection, survenir des glomérulites simples ou phlegmoneuses, des péri-folliculites pilaires, ou sébacées.

K. — Les heures de prurit, les troubles variés de la sensibilité cutanée, les nuits agitées, constituent les principales misères des eczémateux ordinaires. Très prononcé dans les

phases initiales, le prurit des eczémateux, quand il n'est pas entretenu par la présence de parasites animés, faiblit pendant la période d'exsudation ; mais il faut s'attendre à le voir reparaître plus ou moins intolérable dans la période de vernissé rouge, et se prolonger plus ou moins longtemps au cours de la réparation kératosique, constituant, dans les deux cas, une cause active de rechute. Le médecin doit le savoir et le patient doit en être prévenu ; des pansements appropriés et protecteurs que nous indiquerons, sont alors d'une grande utilité.

II

Aperçu sur les eczémas de Unna ou eczémas séborrhéiques.

Il y a peu, l'esquisse nosographique et nosologique que nous venons de donner aurait suffi pour servir de memento préalable à un exposé pratique du traitement de l'eczéma. Mais il n'en est plus ainsi. La littérature dermatologique, et déjà le langage des praticiens, débordent d'un vocable nouveau, le qualificatif « séborrhéique », introduit par Unna, et qui, d'emblée, a acquis une faveur extraordinaire. Après avoir démontré que la notion classique de la séborrhée, et que le groupe des séborrhées étaient à remettre à l'étude[1], Unna a constitué, sous le nom d'eczéma séborrhéique, un groupe dermatologique extrêmement étendu qui comprend : 1° des éruptions miliaires aiguës — premiers stades des eczémas séborrhéiques — les eczémas humides, les eczémas herpétiformes disséminés, et plus ou moins symétriques, en forme de plaques œdémateuses tuméfiées avec groupes de vésicules, les eczémas

1. Unna s'est attaché d'abord à établir que la graisse tégumentaire ne provenait pas seulement des follicules sébacés, mais encore, et surtout, des glomérules sudoripares ; il a cependant conservé le mot de séborrhée pour désigner l'ensemble de la fonction stéatosique. Nous avons traité la question dans son entier dans la *Traduction française de Kaposi*, 2e édit. Paris, 1891, t. I, pp. 153, 154, note I, et Appendice des traducteurs, pp. 677 et suiv.

intertrigos, les eczémas kératoïdes et fendillés, les eczémas professionnels, diverses formes graves généralisées, et plusieurs érythrodermies exfoliantes pouvant durer des années et aboutir au marasme et à la mort; 2° une série nombreuse d'affections prélevées sur les genres dermatologiques les plus divers — toutes les séborrhées, à l'exception du vernis caséeux et du flux huileux, les pityriasis, une partie du psoriasis, plusieurs variétés d'acné.

Cette vaste conception dermatologique réclame, il est superflu de le dire, l'inventaire, la discussion, et le contrôle de l'observation, faite à nouveau, du groupe entier des eczémas; mais, dès à présent, appuyée par l'auteur sur des matériaux scientifiques et cliniques considérables, elle s'impose à l'attention de chacun, en raison des idées nouvelles qu'elle soulève, et des applications pratiques qui en peuvent être immédiatement déduites. Nous allons la présenter au lecteur dans un résumé très succinct, en la dégageant, autant que possible, des complexités du texte original, dans lequel l'auteur n'a manifesté aucune préoccupation de dogmatisme classique; nous ne l'accompagnerons que de quelques-uns des commentaires les plus indispensables.

A. — Les altérations histologiques de l'eczéma séborrhéique se confondent avec celles de l'eczéma en général — parakératose, acanthose, catarrhe épidermodermique; elles sont particularisées par une augmentation de la stéatisation de la peau, par la stéatose des exsudats, et par la présence dans les vésicules primaires, dans les squames, dans les croûtes, de bactéries dont trois constantes et « pathogènes ».

1° Spore de Malassez (bacille en bouteille); 2° morocoque; 3° un troisième bacille très petit. Dans toutes les espèces d'eczéma séborrhéique, le catarrhe sec ou humide, l'irritation épidermodermique, dérivent des bactéries ci-dessus par infection simple ou mixte.

Unna nous ayant généreusement communiqué ses préparations, nous avons fait exécuter la représentation chromo-

graphique amplifiée de l'une d'elles, et nous la donnons ici de manière qu'il ne puisse demeurer, dans l'esprit du lecteur, aucune ambiguïté ni sur la lésion, ni sur l'élément bactérien incriminé. (Voy. Pl. chromolith.)

La *figure 1* représente une coupe de la peau passant par le centre d'un élément éruptif isolé, siégeant au pourtour d'un placard primitif d'eczéma. C'est cette lésion que Unna désigne sous le nom de *vésicule secondaire*.

Cette vésicule est creusée entre la couche cornée épidermique, d'une part, et les couches profondes de l'épiderme d'autre part.

On y trouve, de la surface vers la profondeur :

1° Sous la coupole formée par la couche épidermique, une couche de sérum coagulé clair, où se rencontrent des pelotons microbiens distincts colorés au violet de gentiane.

2° Ils reposent immédiatement sur un lit épais de débris cellulaires, cellules migratrices mortes dont les noyaux sont encore colorés en rouge par le picro-carmin.

3° Au-dessous de cette couche, la cavité de la vésicule est remplie par des leucocytes polynucléaires — cellules migratrices phagocytaires à noyau tréflé — qui ont émigré dans la vésicule au travers des couches épidermiques profondes.

On remarquera combien cette vésicule diffère de la pustule de l'*impétigo* qui montrerait les pelotons microbiens — staphylocoques — tout autres, tapissant la voûte de la cavité vésiculaire. Dans l'impétigo staphylogène, on verrait de plus la cavité remplie complètement par des cellules migratrices mortes, étroitement serrées, sans intervention des espaces remplis par du sérum clair coagulé, ce qui ne se rencontre pas ici.

La *figure 2* représente très amplifiés quelques amas microbiens de la vésicule précédente. Ces microbes sont un peu polymorphes; cependant ils appartiennent tous visiblement à une même espèce. Ce sont des cocci dont la forme est légèrement oblongue. Leur caractéristique habituelle est leur agglomération en pelotons *mûriformes*, d'où le nom de *morocoques*.

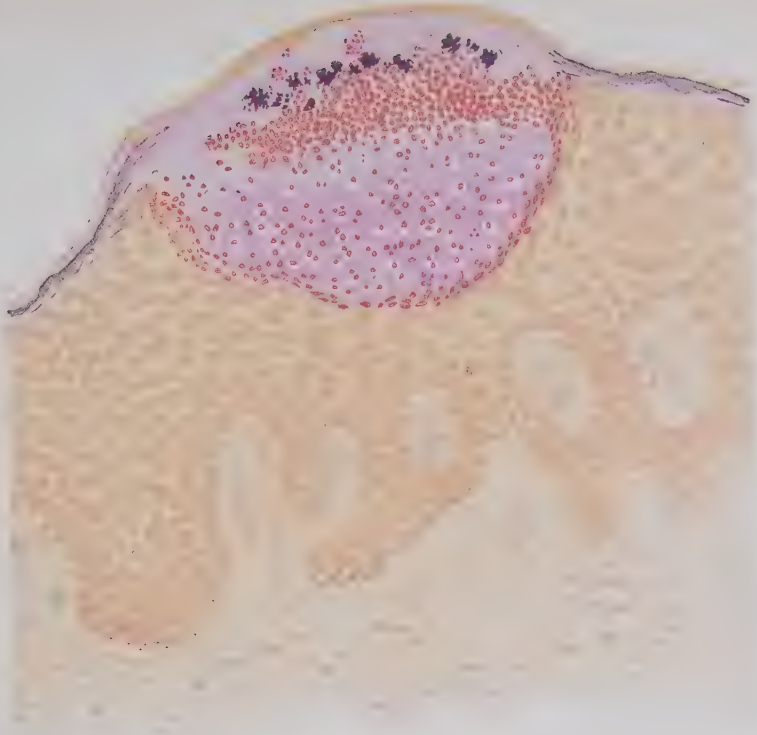

Fig. I.

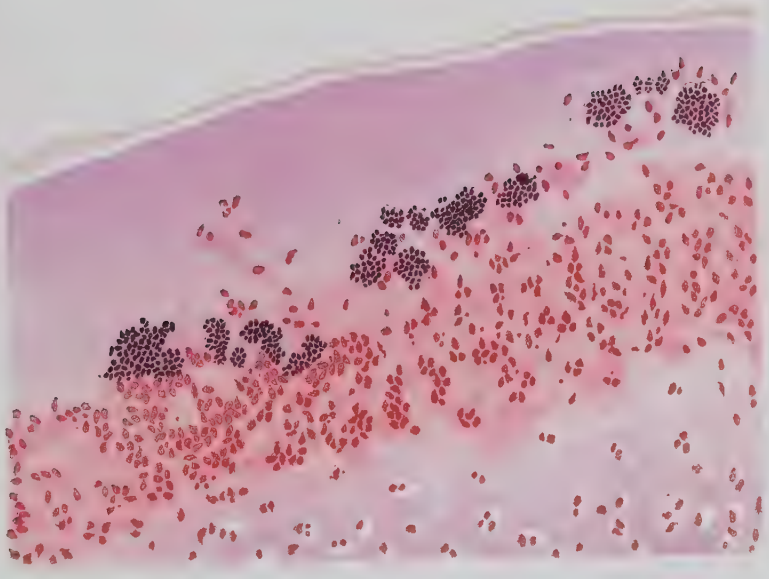

Fig. II.

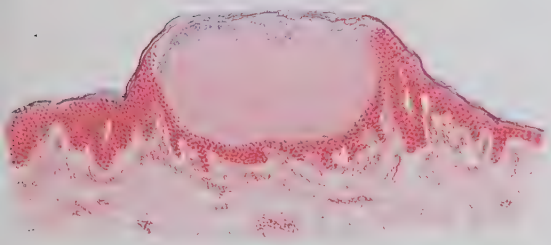

Fig. III.

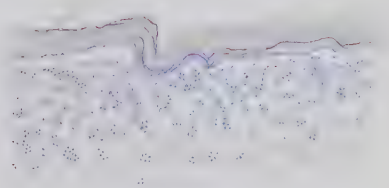

Fig. IV.

En examinant avec soin ces pelotons mûriformes, on remarque qu'ils sont composés :

1° D'éléments ronds ou à peine ovales de petite taille; ce sont des formes adultes simples;

2° D'éléments plus gros et plus allongés; ce sont des cocci en dédoublement incomplet;

3° De formes géantes presque quadrangulaires, que Unna considère comme tétragènes, c'est-à-dire comme des cocci en division double, suivant leurs deux diamètres.

La différence de grandeur des coques, remarquable dans la plupart des coupes, est très caractéristique dans les cultures; ce signe, pour Unna, sépare nettement les morocoques des staphylocoques.

La *figure 3* représente une pustule d'impétigo staphylococcique, *impétigo staphylogène* de Unna; elle appartient à Unna, qui l'a fait exécuter pour un article sur l'impétigo dans l'*Encyclopédie* d'Eulenburg, et qui a eu l'obligeance de nous l'adresser pour le présent travail. En la comparant à notre figure I, représentant une coupe de vésicule d'eczéma, on remarquera que les principales différences entre les deux types sont la nature différente des cocci et de l'exsudation attirée par eux. Leur siège dans la vésicule est à peu près le même, c'est-à-dire, au sens de Unna, que la loi de la genèse est, dans les deux cas, la même, les particularités dépendant de la nature de l'organisme pathogène.

La *figure 4* représente un fragment de la paroi supérieure d'une pustule d'impétigo; on y voit les staphylocoques disposés *en grappes, en dehors* des leucocytes nécrobiotiques du pus.

B. — De tout cela, rien n'est à contester en fait, ni les lésions histologiques, ni les bactéries spéciales, ni l'état gras des exsudats et quelquefois des tissus; mais tout est à discuter sur le rôle, la hiérarchie, la valeur absolue de chacun de ces éléments. Bactériologiquement, les préparations que nous avons reproduites sont tout à fait correctes, et les lésions

qu'elles représentent dans l'état actuel de nos connaissances, ne peuvent être interprétées que comme étant d'origine microbienne. Mais combien il reste encore à faire pour préciser la valeur pathogène des morocoques dans la genèse des eczémas[1]. Si Unna a raison; si une catégorie considérable des affections que nous dénommons eczéma est d'origine parasitaire comme le sont les lésions du kérion, le terme d'eczéma ne peut plus servir qu'à dénommer une lésion, il n'a plus qualité pour spécifier une affection ou une maladie, et l'on devra dire morococcie eczématique, séborrhéique, acnéique, psoriasique, etc., comme on doit dire aujourd'hui : trichophytie érythémateuse, vésiculeuse, pustuleuse, sycosique, etc.

Quant au pouvoir stéatogène ou sérogène, ou parakératosique des toxines de ces bactéries, il ne repose que sur une pure induction, et, jusqu'à nouvel ordre, l'hypothèse de la chimiotaxie — sébotaxie, sérotaxie[2] — demeure dans les limbes. Jusqu'à ce qu'une preuve scientifique soit donnée, ni l'eczématisation, ni l'état gras, ni même la présence des bactéries ne suffiront à caractériser un genre dermatologique ferme, et n'autoriseront pas à déclasser des affections traditionnellement individualisées telles que l'acné, le psoriasis, etc., lesquelles doivent conserver leur nom, additionné dans certaines formes, s'il y a lieu, du qualificatif « séborrhéique[3] ».

1. D'après ses observations, ses cultures, ses expériences d'inoculation, Unna croit pouvoir affirmer que le morocoque est l'agent effectif des principaux phénomènes de l'eczématisation, et surtout de la parakératose, tandis que la spore de Malassez, en donnant lieu au pityriasis initial, préparerait la voie au morocoque. Aérobie, le morocoque ne croît pas dans la partie profonde de la piqûre d'inoculation, mais, à la superficie, dans les squames et dans les croûtes; sa toxine pénètre dans la couche épineuse, et provoque l'exsudat séro-fibrineux, l'œdème épidermodermique et tous les phénomènes de l'eczématisation chronique.

2. Voir Unna. — Entzündung u. Chemotaxis, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1893, n° 20. *Cit. de* Ménahem-Hodara, Trad. franc. de l'eczéma séborrhéique de Unna, *Journal des maladies cutanées et syph.*, mars et avril 1894.

3. Hallopeau — *Semaine médicale*, 1895, p. 390 et suiv. — a proposé la variante suivante : « Chez certains sujets prédisposés et sous une influence indéterminée, ou par le fait d'une alimentation trop riche en matières grasses, ou productrice de graisse, la graisse excrétée par les glandes de la peau s'altère et devient un milieu de culture favorable pour des microbes pathogènes de nature variée, qui donnent lieu, soit au pityriasis alba, soit à différentes formes d'ec-

Quoi qu'il en puisse être, Unna déclare formellement qu'il ne faut pas considérer l'eczéma séborrhéique comme un

zéma, soit à une variété de psoriasis, soit à de l'acné rosée, soit à une dermite végétante, soit au pityriasis rubra pilaire, soit à une dermite végétante, soit à de l'acné. »

Si la théorie de Hallopeau donne satisfaction à l'objection relative au déclassement inacceptable d'individualités positives, elle reste passive de la contestation relative au rôle pathogène accordé encore aux bactéries qui produiraient éventuellement des affections différentes.

Brocq — *Traitement des maladies de la peau*, 2e édit., 1892 — reconnaît comme nous toute l'importance de la conception de Unna, mais il déclare également que le côté pathogénique et théorique de cette conception est provisoire. Il admet que, chez un sujet prédisposé à l'eczéma, et qui a en même temps de la séborrhée, les points où celle-ci est plus intense sont en état de moindre résistance, et forment des points d'appel à l'eczéma, lequel, une fois développé, est modifié par l'état séborrhéique de la peau, par la sécrétion et par les parasites de toute nature qui pullulent sur ce terrain rendu favorable à leur culture. De là dérivent, pour les eczémas, des modifications de *siège*, d'aspect, de mode irritatif en raison des parasites qui peuvent *déterminer* des formes figurées, bords marginés et circinés, en dehors des périodes d'irritation vive. Enfin cette séborrhée et ces parasites modifient l'eczéma dans ses réactions thérapeutiques, mais non invariablement et absolument, car dans les cas où l'eczématisation domine, et où la peau est irritable, les topiques anti-séborrhéiques et anti-parasitaires ne sont pas mieux supportés que dans les eczémas communs. »

Toute cette argumentation de Brocq est marquée au coin du bon sens, de l'observation clinique, et de la réalité des faits. On ne saurait mieux dire.

Dans une dissertation magistrale sur la pathologie de l'eczéma — Die Pathologie des Eczems, *Verhandlungen der Deutschen dermatologischen Gesellschaft*, 1892, p. 116 — que nous engageons vivement à lire en entier, soit dans le texte original, soit dans l'analyse étendue et rigoureusement fidèle qui en a été donnée par A. Doyon, *Annales de Dermat. et de Syph.*, 3e série, t. V, 1894, p. 260 à 273, le savant Neisser montre combien la question de la séborrhée dans l'eczéma « séborrhéique », surtout après les recherches de Lederman, est discutable. Il ne conteste pas le type spécial de lésion cutanée — formes sèches — décrite par Unna sous le nom d'eczéma séborrhéique, mais il déclare que, pour lui, cette affection n'a rien de commun avec l'eczéma, et constitue une dermatomycose spéciale dont les parasites sont inconnus. L'eczématisation, quand elle coïncide avec cette mycose, est le résultat, non de celle-ci, mais de causes diverses eczématigènes. Et, de toutes façons, Neisser déclare qu'il faut un nom mieux approprié pour remplacer la dénomination « *confuse et inexacte* » d'eczéma séborrhéique.

C'est le même thème que soutient avec talent Ch. Audry dans une étude brillante intitulée : Sur la dermatose de Unna, *Annales de Dermat. et de Syph.*, troisième année, t. V, 1894, p. 761, où il s'attache à montrer que tous les points de la question relevés en dehors de la clinique sont contestables, et propose, pour désigner « la dermatose généralement connue jusqu'ici sous le nom d'eczéma séborrhéique », la dénomination de dermatose de Unna. Il élimine de cette dermatose les séborrhées du cuir chevelu, l'alopécie pityrode, la maladie de Pincus,

eczéma ordinaire compliqué d'hyperstéatidrose, ni produit par la stéatidrose où l'hyperstéatose, mais dans lequel le symptôme stéatorrhée est *provoqué* par des processus inflammatoires. En cela nous pensons à peu près comme lui avec cette différence que, pour nous, le processus inflammatoire ne suffit pas pour provoquer la séborrhée, et que nous ne la faisons pas davantage dériver exclusivement de la toxinidermie bactérienne ; sa cause est *individuelle;* elle réside dans la prédisposition *de tissu* constitutionnelle ou accidentelle, et elle représente la condition *préalable* qui favorise la culture des eczématicoles, et secondairement la production des altérations que leurs produits toxiniques peuvent déterminer.

C. — A ces prémisses se rattachent une terminologie particulière, et une symptomatologie dont voici la clef :

1° Anthèmes et Synanthèmes : Anthèmes comprenant les taches jaunes, les taches hyperémiques, les taches squameuses.

a) *Tache jaune.* — Fréquemment, sur divers points, une tache jaune, grasse ou non, maculeuse et pigmentaire, se fait remarquer. Ses lieux d'élection sont le tour de la bouche et du nez, les régions sternale et inter-scapulaire, les plis antibrachiaux, les régions ano-génito-inguinales. Les observations de Unna sont ici incontestables ; à la condition de chercher et de savoir voir, on constate très fréquemment une xanthochromie localisée ou diffuse, occupant quelquefois de grandes surfaces chez des sujets atteints d'eczéma ou d'acné.

b) *Taches hyperémiques.* — L'hyperémie s'ajoutant à la xanthochromie, forme des taches de nuance jaune rougeâtre,

les érythèmes hyperstéatosiques des ailes du nez, les impétigos, diverses toxidermies, le pityriasis rosé de Gibert, quelques formes d'acné rosacée, un bon nombre de faits de psoriasis, et certaines érythrodermies.

Cf. Les notes de la 2e édit. de la *Trad. franc.* de Kaposi, par E. Besnier et A. Doyon, *loc. sup. cit.* — La traduction française du plus récent mémoire de Unna par Menahem Hodara, *Journal des maladies cutanées*, mars et avril 1894. — L'analyse si lucide de A. Doyon, *Ann. de Dermat.*, mars 1894, p. 573 et suiv. — L'analyse critique de Ch. Darier, sur l'histologie pathologique des maladies de la peau de Unna, *Ann. de Dermat.*, 1896.

avec ou sans télangiectasies; leur lieu d'élection est le visage, où elles forment une lésion mixte, qui est en réalité un eczéma acnéique, ou une acné eczématique. Pour Unna, cette localisation dérive du catarrhe séborrhéique du cuir chevelu; elle peut guérir, par la seule guérison de l'eczéma du cuir chevelu, sans intervention directe. Cette proposition, inutile de le dire, ne saurait être prise à la lettre, mais elle reprend sa valeur en ce qui concerne la nécessité de guérir la lésion du cuir chevelu dans le traitement de ces altérations mixtes de la face. Nous avons trop souvent vérifié la valeur du précepte, pour ne pas en témoigner ici; la mise au net et l'entretien en état d'intégrité du cuir chevelu s'imposent dans le traitement de la plupart des acnés de la face.

c) Taches squameuses. — Les taches squameuses constituent l'eczéma séborrhéique à la période confirmée; elles forment l'anthème primaire, essentiel, typique — pityriasis du cuir chevelu, pityriasis blanc de la barbe — bords tranchés, plaques visibles surtout à l'éclairage oblique, rencontrées à la face, au col, aux épaules, aux bras, à la région supérieure, sèches, à peine connues des malades, préludes et points de départ de la plupart des formes intenses ou graves.

2° Synanthèmes comprenant cinq types — circonscrit, pétaloïde, nummulaire, annulaire, concret.

a) Type circonscrit. — La première des formes cliniques composées, le premier type clinique de Unna, réalisant des taches circonscrites élégantes, avait été décrit par nous parmi les « *eczémas à parasites* », avant que Unna ait créé l'eczéma séborrhéique[1].

1. Unna (Lettres de Paris, *Ann. de Dermat.*, 1888) s'est empressé de reconnaître l'antériorité de la description que nous avions donnée de ce synanthème en 1888, et dont voici la reproduction.

En dehors du pityriasis versicolore que la sudation, le séjour au lit, la présence de la flanelle longtemps portée, favorisent certainement, on rencontre très fréquemment sur les régions antérieure et postérieure du tronc, une *affection eczématiforme particulière,* que l'on confond avec diverses altérations différentes. Généralement disposée sous forme de disques plus ou moins arrondis ou semi-lunaires, elle s'observe surtout chez les sujets (les hommes notamment) qui portent sur la peau une chemise de laine ou de flanelle. Cliniquement, c'est un *eczéma érythémateux,* eczéma souvent fruste, avec saillie acnéiforme des follicules pilo-sébacés et *bordure finement incisée*, occupée par une croûtelle légère. Aux

b) Type pétaloïde. — Cette forme correspond à plusieurs dermatoses déjà bien décrites sous des noms différents en France et en Angleterre. Dans la description de Unna, ce sont des efflorescences maculeuses, des papules plates lenticulaires, jaune rouge, recouvertes de squames sèches ou grasses, avec tendance prononcée au développement excentrique, formant des segments de cercle, avec ponctuations béantes des orifices sébacés, etc. Ce qui particularise ce synanthème, c'est que, tandis que dans le type précédent il y avait une simple parakératose avec stéatorrhée, l'état spongoïde de l'épiderme restant limité à l'incisure périphérique, il y a, avec la parakératose, acanthose, coloration jaune spécifique et évolution plus avancée en taches guttiformes, nummulaires, recouvertes de croûtes grasses ou humides.

c) Type nummulaire. — Ce synanthème se développe sur tous les points du corps; sa marche est aiguë, lente ou chronique. Ses efflorescences sont psoriasiformes, — squames et croûtes grasses. On en observe de typiques au pourtour du front, de la nuque, au rebord axillaire, à l'anus, groupées, alignées en séries, — couronnes séborrhéiques; — à leur niveau, les croûtes avulsées, on constate un pointillé rouge sécrétant. Dans les formes plus avancées, dépouillées, humides, suintantes, l'aspect se confond avec celui des eczémas de toute nature en période suintante. La distinction peut, quelquefois, s'établir sur cette différence que l'eczéma séborrhéique suintant n'est *presque* jamais humide dans toute son étendue, et présente, en quelques points, des efflorescences sèches, typiques ou mixtes, ainsi qu'on le voit particulièrement au col, aux oreilles, au creux des aisselles, dans la région inguinale, etc. Dans ce type, la différence est plus accentuée que celle qui sépare entre eux les précédents; la parakératose

alentours, quelques groupes d'eczéma papuleux léger, avec croûtelle au sommet, sans forme précise; quelques-uns cependant, examinés à la loupe, *se montrent entourés individuellement de la petite fissure fine périphérique, que nous considérons comme pathognomonique. — Cette affection est parasitaire,* avec parasites de l'ordre de ceux qui viennent d'être déterminés dans la note ci-dessus. Sa guérison s'obtient aisément avec le savon noir et avec tous les agents d'élimination épithéliale. (Ernest Besnier et A. Doyon, trad. franc. de Kaposi, 1re édit., t. II, p. 449, Paris, 1884.)

est intense, la stéatidrose et la séborrhée considérables, l'épidermodermite plus élevée.

d) *Type annulaire.* — Dans ce type, le développement dépasse le précédent, mais la sécheresse est plus grande et les caractères psoriasiformes plus accentués; les formes composées sont nombreuses.

e) *Type concret.* — Synanthème caractérisé par des croûtes grasses sur surface cornée humide; forme sébacée et alopécique, absolument chronique, souvent sénile.

D. — De la succession, de la réunion, de la combinaison de ces types divers dérivent des formes cliniques intéressantes à déterminer en elles-mêmes, et parce qu'elles peuvent servir à guider dans le diagnostic des formes diverses comprises dans le système de Unna, et aussi parce que leur coexistence avec des formes communes, au moment où on les observe, ou leur constatation dans les périodes antécédentes, peut servir d'indication. Aussi longtemps que les altérations restent dans les types décrits ci-dessus — l'interprétation étant réservée — on peut aisément admettre un groupe d'affections dans lesquelles l'eczématisation présente vraiment des caractères particuliers plus ou moins analogues, par l'aspect, et par la tolérance thérapeutique, à quelques autres affections, telles que le pityriasis, le psoriasis, certaines variétés d'acné. La difficulté commence là où les formes d'eczématisation se développent aiguës, diffuses et communes : alors même que des phénomènes typiques de séborrhée, ou des lésions typiques, auraient été antérieurement constatés, il n'est en aucune manière démontré que les altérations aiguës généralisées qui se sont développées *ultérieurement* sur le mode commun sont du même type. La rapidité de leur efflorescence, l'étendue dans laquelle elles se diffusent, impliquent une action angio-nerveuse, et nous ne comprenons pas encore par quelle voie le parasitisme externe pourrait produire tout cela.

Quel que soit le sort réservé aux théories de Unna, les faits qu'il a constatés demeurent; et ce lui sera toujours un extrême

honneur d'avoir ouvert une voie dans laquelle on trouvera, un jour ou l'autre, la vérité.

E. — La prédisposition à l'eczéma séborrhéique est individuelle, héréditaire; le père du sujet est le plus souvent atteint d'alopécie pityrode, la mère a de l'acné rosacée; lui-même a un « passé séborrhéique »; il a eu « des croûtes de lait »; des eczémas; il a une chevelure luxuriante avec pellicules constantes et abondantes, qui a mué à toutes les maladies de l'enfance. Blépharites et conjonctivites, hyperidrose des plis, avec intertrigo facile, etc. Premières manifestations positives, de vingt à trente ans; aggravation des phénomènes antérieurs; alopécie active, prurit à la région antérieure, avec formation de petites croûtes laissant la peau humide ou saignante au grattage, puis croûtes épaisses, isolées, grasses, laissant des érosions humides après leur enlèvement. Envahissement de la région fronto-temporale ou de la nuque par des plaques nummulaires rouges, squameuses ou croûteuses, — couronne séborrhéique, — envahissement humide ou croûteux de la totalité du vertex, ou érosions humides rétro-auriculaires; apparition sur le visage, à intervalles divers, de plaques squameuses, pityriasiques, chez la femme sur le col, dans la barbe et sur les épaules chez l'homme, à l'aisselle dans les deux sexes. C'est consécutivement, et par progression de haut en bas, que les lésions évoluent et se multiplient sur les épaules, les bras, respectant de grandes étendues du tégument des bras, pour se développer sur le dos des mains et des doigts, spécialement dans les espaces inter-métatarsiens du pouce et de l'index, lieux d'élection.

Presque toujours, c'est le cuir chevelu qui est le siège principal, le point de départ, la réserve bactérienne, le conservatoire d'éléments qui, toutes les fois où ils trouveront, sur place ou ailleurs, des conditions germinatives intensives, produiront un catarrhe épidermodermique plus ou moins accentué. Moins souvent, mais quelquefois, c'est de la réserve ciliaire, rétro-auriculaire, axillaire, anale, inguinale ou om-

bilicale que procèdent les foyers secondaires. Chez les sujets stéatosiques et hyperidrosiques, les altérations descendent en avant du sternum jusqu'à la ceinture, et en arrière dans la gouttière inter-scapulaire; mais la sébotaxie est limitée aux points occupés par le catarrhe bactérien; elle ne se confond pas avec l'hyperstéatose générale, telle que la comprend Hallopeau dans l'hypothèse de séborrhée pré-eczématique d'ordre général; et elle se distingue non moins nettement des hyperidroses ou des hyperstéatoses purement régionales. Les conditions de région ont une influence sur la coloration, la configuration, l'état stéatosique des éléments éruptifs, mais l'action n'est ni unique ni absolue.

Toutefois, bien que la séborrhée au niveau de l'efflorescence n'ait « rien à faire avec la fonction stéatidrosique générale », l'auteur reconnaît que, bien qu'à un degré secondaire, cette fonction générale conserve une influence. Tout ce qui augmente la stéatidrose et la stéatorrhée « non seulement accroît la rapidité de la propagation et de l'inoculation de l'eczéma séborrhéique, mais augmente tous ses symptômes, l'hyperémie, le contenu graisseux des squames et la tendance au suintement, c'est-à-dire la sébotaxie et la sérotaxie... » « La seule possibilité d'influencer l'eczéma séborrhéique, par un traitement interne, d'une manière persévérante correspond, peut-être, à agir indirectement sur la sécrétion surabondante de la peau. » Voilà, le lecteur le remarquera, un rapprochement inattendu avec la théorie de Hallopeau.

F. — Dans l'eczéma séborrhéique comme dans tous les autres, tout ce qui congestionne la peau, activement ou passivement, surtout à la face, au cuir chevelu et aux extrémités, chaque excitation circulatoire du tissu, « chaque amélioration accidentelle du terrain de nutrition » — sous-entendu pour la prolifération bactérienne — peut causer une aggravation de l'eczéma réalisé, produire de nouvelles éruptions, « soit par une irritation hyperémiante, par une altération de sécrétion avec humidification et hyperstéatisation de la couche cornée,

et faire d'un seul coup, d'une affection de la peau circonscrite, une affection universelle ».

L'auteur ne paraît pas prévoir ici une objection, cependant fondamentale, à la doctrine des bactéries eczématogènes; c'est la rapidité même de ces poussées congestives inexplicables dans la théorie de l'origine extrinsèque pure, à moins de démontrer directement la présence des parasites eczématogènes, et expérimentalement, la proportionnalité et la suracuité de leur pouvoir infectieux.

G. — Le prurit et les sensations d'hyperesthésie, ne font pas partie du plan ordinaire de l'eczéma séborrhéique, sauf dans les centres hyperidrosiques des régions pilaires ou des grands plis, et au moment des paroxysmes en quelques points tels que le col, la partie inférieure du tronc, les organes génitaux.

La polymorphie, qui fait partie essentielle de l'eczématisation, se rencontre au plus haut degré dans l'eczéma séborrhéique, depuis l'efflorescence pityriasique sèche, la dartre vulgaire farineuse, jusqu'aux nappes succulentes, grasses, humides, croûteuses qui appartiennent à tous les eczémas. L'unité des formes élémentaires se reconnaît à la succession de leurs phases évolutives, avec tous les intermédiaires, depuis la plaque squamulaire fruste jusqu'aux formes pityriasiques, psoriasiques, croûteuses, grasses, humides, suintantes.

La marche serpigineuse, le processus excentrique trichophytoïde forment des caractères typiques; les disques et les gouttes se libèrent au centre pour former des anneaux complets ou brisés et des figures circinées ou polycycliques dont le lieu d'élection est le tronc.

H. — En ce qui concerne la *thérapeutique*, il y a deux parts à faire : la première est seule spéciale, et s'applique aux « formes primaires légères comme celles des synanthèmes squameux ou croûteux avec des caractères typiques séborrhéiques ». Le soufre, la résorcine, l'acide pyrogallique,

l'acide chrysophanique, sous forme de pommades, constituent les agents principaux de cette médication. La seconde concerne les eczémas étendus, suintants, compliqués, irrités, infectés; la médication se confond alors avec celle de l'eczéma en général, pour revenir, de nouveau, dans le cadre premier, quand les phénomènes inflammatoires, aigus, secondaires, accidentels, etc., ont cessé.

I. — Nous en avons dit assez, non pas pour que le lecteur soit édifié complètement — personne ne le peut être en ce moment — sur les questions que soulève la doctrine du savant médecin de Hambourg, mais pour qu'il soit informé de leurs éléments principaux, et dûment averti des difficultés les plus aiguës du travail de révolution qui s'accomplit aujourd'hui sur le terrain de l'eczéma. Il retiendra que les troubles de la stéatisation de la peau — hyperséborrhée, hyperstéatidrose — peuvent jouer un rôle réel dans le développement et la particularisation de diverses affections de la peau, au nombre desquelles se range l'eczéma, soit par provocation irritative et congestive, soit par action chimique résultant de l'altération des produits d'excrétion qui infiltrent l'épiderme, et qui sont maintenus d'autre part à la surface de la peau par les vêtements, les coiffures, etc.

Il peut considérer comme vraisemblable que, sous les mêmes influences, certains parasites, banals ou autres, trouvent des conditions de culture favorables, entrent en action, et prennent part aux particularités évolutives de l'eczématisation. De l'association des éléments hyperstéatidrose et parasitisme, et, ajouterons-nous, de l'individualité du sujet, et des conditions particulières de localisation anatomo-topographique propres, peut dériver la série des modifications imprimées à l'eczéma dans le type séborrhéique. Prurit plus faible; croûtes graisseuses; configuration des surfaces en bords arrondis, polycycliques; marche centrifuge ou serpigineuse; exfoliation facile en larges squames lamelleuses, graisseuses, psoriasiformes — eczéma psoriasiforme, etc., — en squames

fines pityriasiques (eczéma pityriasiforme); tolérance pour les topiques, etc. Mais, dans tous les cas, la maladie reste un eczéma; et lorsque ce sont d'autres affections individualisées que la séborrhée *actionne*, celles-ci doivent conserver leur individualité propre, et quelque séborrhéiques qu'elles puissent être, elles ne doivent perdre ni leur nom, ni leur classe.

De tout cela doit être retenu ce qui peut être utile au point de vue de l'interprétation, du pronostic et de la thérapeutique particularisée de certaines formes d'eczéma; il ne faut pas manquer d'en tenir compte et mémoire, mais sans tout croire sur parole, comme sans tout nier systématiquement.

II

TRAITEMENT INTERNE DE L'ECZÉMA

I. Indications générales. — II. Régime. — III. Médications communes. — IV. Médication interne anti-prurigineuse et analgésiante. — V. Médications spéciales et eaux minérales.

I

Indications générales.

A. — L'eczéma peut souvent être guéri, ou guérir, sans qu'il soit indispensable, ou même sans qu'il y ait lieu, de prescrire une diète particulière, un régime spécial, une médication interne. Personne ne l'ignore et personne ne le conteste. Mais parmi ces cas, aussi nombreux qu'on le voudra, dans lesquels la guérison a pu être réalisée à l'aide de la seule médication externe, il en est dont les épisodes auraient été atténués par une diététique appropriée, ou par une médication interne, et qui auraient duré moins longtemps, ou récidivé avec moins de fréquence; il en est d'autres, enfin, dont la guérison ne peut être réalisée que par le concours coordonné des deux ordres de médication, externe et interne.

Il ne s'agit en aucune manière, on voudra bien le remarquer, de subordonner une médication à l'autre, et encore moins d'appliquer à l'eczéma une médication interne exclusive; il s'agit simplement de traiter les eczémateux selon les indications locales et générales que présente leur cas en particulier, et non de le faire systématiquement et aveuglément par une méthode unique; il s'agit, en un mot, de faire acte de médecin, et non d'empirique.

Quel que puisse être l'élément qui a provoqué l'eczématisation de la peau, qu'il soit mécanique ou chimique, absolument extérieur et extrinsèque, parasitaire, etc., il a toujours pour champ d'action, pour terrain de culture, le tissu vivant, réagissant à sa manière propre[1]. Troubles nutritifs produits par l'application des irritants chimiques, mécaniques, etc.; évolution bactérienne, altérations bio-chimiques liées à la pénétration des toxines et à leur diffusion, tout cela est plus ou moins subordonné à la condition anatomo-topographique, à la tension névrodermique, à l'état chimique inconnu qui fait la qualité de culture du terrain, à l'irrigation sanguine, lymphatique et inter-cellulaire, ou vague, — qualité ou quantité — c'est-à-dire à l'état actuel de l'individu, à son idiosyncrasie pour tout résumer en un mot. Si l'on ajoute que c'est seulement à la faveur de certaines conditions de cette idiosyncrasie que les éléments microbiens venus du dehors trouvent, à la peau, asile et subsistance; que certaines de ces conditions sont connues et peuvent être modifiées par l'hygiène géné-

1. Chez les sujets prédisposés, ayant la peau eczématisable, ne tolérant pas certains aliments ou médicaments, l'eczéma peut naître spontanément, ou, pour dire plus correctement, sans être provoqué au point où il se manifeste, par aucune cause extérieure appréciable. Chez de tels sujets, on le voit naître et renaître à volonté, malgré la protection extérieure la plus effective, par l'ingestion de certains aliments, poissons, gibiers, fromages fermentés, ou de certains médicaments, iodures et bromures, chloral, etc. De la même manière, chez de tels sujets, les mêmes causes, et les intoxications ou les infections autogènes, peuvent produire l'eczématisation comme elles provoquent les érythèmes infectieux ou toxidermiques, les paroxysmes des prurigos diathésiques, les dermites infectieuses, quelques pyo-dermites; les neurodermies, etc. Lésion non spécifique, catarrhe banal, l'eczématisation peut être provoquée par des causes très multiples; aucune n'en peut réclamer le monopole.

rale et locale, et par les agents de la thérapeutique interne, on aura envisagé la question dans son ensemble; on l'aura comprise dans sa réalité.

En fait, la médication interne dans le traitement de l'eczématisation a une importance variable; mais elle est presque toujours utile même quand elle n'est pas nécessaire; souvent elle est indispensable; quelquefois elle prend momentanément le premier rang, et prime la médication locale. Jamais elle ne doit être absolue, immuable, systématique, banale, routinière; elle doit toujours être particularisée selon l'eczéma et selon l'eczémateux; elle a son temps, son heure, son moment.

B. — A ces conditions, et dans cette mesure, la médication interne, la diététique, sont applicables aux cas d'eczéma de tout ordre sur indication particularisée, et à un moment déterminé. Rarement la médication proprement dite est indiquée d'une manière précise dès le début si ce n'est, par exemple, dans les eczémas pseudo-exanthématiques, généralisés d'emblée, suraigus, avec tension artérielle élevée, phénomènes réactionnels intenses, prurit intolérable, accidents nerveux, etc. Pour la majorité des cas, l'intervention interne ne s'impose qu'à la période d'état, quand l'eczématisation est établie à son taux positif, et dans la série ordinaire, la médication interne ne prend rang que si le malade n'a pas bénéficié, au degré normal, des médications locales appropriées, de la diététique et du régime, ou alors que, en raison de conditions pathologiques individuelles, l'eczéma a pris les allures d'une maladie installée, plus ou moins décidément chronique, rebelle à l'action des agents thérapeutiques externes, alternante, paroxystique, récidivante, etc., etc. C'est dans ces circonstances qu'il y a lieu d'établir, pour en faire la base d'une thérapeutique rationnelle et efficace, le bilan pathologique de l'eczémateux — état actuel des organes et des fonctions, émonctions intestinale et rénale, fonction hépatique, etc. L'eczémateux à traiter est-il un anémique, un congestif, un rhumatisant ou un goutteux,

un asthmatique, un bronchitique, un rénal ou un cardiaque, un hypoazoturique ou un hyperazoturique, ou présente-t-il une des variétés d'ataxie urinaire réunies sous le nom de diabètes? Est-ce un vieillard en décadence, ou un nouveau-né en dentition? Une femme dysménorrhéique ou en ménopause, ou ayant une gynécopathie en acte, ou en état de grossesse ou de lactation? Enfin, quelles sont les conditions d'hérédité, d'âge, de constitution, de diathèse, d'état cérébral, de névropathie, neurasthénie, hystérie, etc., et autres? Toutes ces propositions trouveront leur complément, ou leur développement, leur application pratique, à propos des médications en particulier.

C. — Dans tous les cas, nous le répéterons à satiété, l'eczémateux qu'il s'agit de traiter particularise la question que le médecin doit résoudre. Voici, par exemple, trois sujets atteints d'un eczéma dont les caractères morphologiques sont sensiblement égaux : chez le premier, selon le terme populaire, la « peau est bonne »; l'eczématisation, à la manière d'une lésion quelconque, restera localisée au lieu d'application de la cause, et guérira bien et vite par sa seule suppression, à l'aide de tous les moyens appropriés, et même de ceux qui ne le sont pas. Chez l'autre, la peau est *mauvaise*, elle constitue un *terrain de culture* favorable pour toutes les implantations; et, de même que chez lui la moindre effraction « *s'envenime* » régulièrement, l'eczématisation prolifère floride, dépassant les limites de la surface qui a subi l'irritation causale. Rapidement, elle offre un champ d'acclimatation ouvert aux microbes ambulants, et même si les agents thérapeutiques, ou les modes de pansement mis en usage ne sont pas tout à fait appropriés, et corrects, on est exposé à voir survenir les complications diverses des eczémas, ou, au moins, à n'obtenir la guérison que dans des délais infiniment plus longs que ceux qui ont été notés chez le malade précédent. Chez un troisième enfin, l'eczématisation, bien que parfaitement de cause externe, prendra rapidement les allures de l'eczéma constitué

permanent, prolongé, de l'eczéma vrai, et pourra devenir le point de départ d'une *poussée* inaugurale, ou d'une récidive, disséminée ou généralisée. Ce dernier patient est un diathésique, arthritique, goutteux, un diabétique, — albuminurie, azoturie, phosphaturie, oxalurie, glycosurie, polyurie, etc., — un hypoazoturique, un néphrétique, un asthmatique, un artério-scléreux précoce, un obèse ; il a des olopathies, des myalgies et des névralgies récidivantes, de l'herpès névralgique à répétition ; il a eu dans son enfance, des épistaxis et des orgelets répétés ; il a déjà eu de l'eczéma, lui, ses ascendants, ou ses enfants, il en aura en récidive plus tard ; c'est un eczémateux.

En résumé, s'il n'est aucun eczéma qui réclame absolument une médication interne, il est beaucoup d'eczémateux à qui la thérapeutique interne est du plus grand secours, et il y a, dans la plupart des eczémas, un certain nombre de symptômes contre lesquels peut intervenir, avec le plus grand bien, une médication interne. L'art difficile de traiter l'eczéma réside tout entier dans l'association mesurée et coordonnée de la médication interne et du traitement externe. Il serait oiseux d'insister.

II

Régime des eczémateux.

A. — S'il pouvait exister quelque chose dont il fallût s'étonner, ce serait assurément de voir des médecins déclarer systématiquement que l'eczéma ne réclame *jamais* ni diète réglée, ni régime restreint. Car comment comprendre qu'ils n'aient pas rencontré ces cas, dans lesquels on voit l'ingestion de certains aliments faire naître, ou faire renaître, de la manière la plus formelle, les paroxysmes eczématiques, ou même faire *apparaître* un eczéma si l'usage en a été *prolongé;* et qu'ils n'aient pas constaté, à satiété, que les écarts de régime de tout genre, qualitatifs et quantitatifs, sont au nombre des plus nuisibles aux eczémateux ? Nous savons à merveille, et nous avons

saisi toutes les occasions de le déclarer en termes précis[1], que le degré de nocivité de ces agents eczématogènes n'est ni universellement ni uniformément identique. Le pays, la race, le séjour à la campagne ou à la ville, le coefficient individuel d'oxygénation, le travail intellectuel ou matériel, la vie active ou recluse, l'hérédité et l'idiosyncrasie, l'intégrité ou l'insuffisance des émonctoires, etc., sont de nature à le faire varier dans les divers centres d'observation, et, pour chacun d'eux, selon les cas particuliers, et les individualités.

Mais, ces conditions d'inégalité dans l'action de la diététique une fois signalées et enregistrées, il n'en reste pas moins établi que, dans tous les pays et dans toutes les races, le régime a un rang de premier ordre dans la genèse et dans l'évolution d'un certain nombre d'eczémas. Il est, d'autre part, absolument nécessaire de répéter qu'il ne s'agit pas d'imposer à tous les eczémateux une diète et un régime systématiques, mais de laisser à tous le bénéfice d'inventaire, et de régler la prescription sur les conditions de chaque cas particulier, en tenant compte de l'état individuel, constitutionnel, diathésique, de la condition sociale, des habitudes alimentaires, des climats, des races, etc.

Personne ne contestera, tout d'abord, qu'un régime et une diète réglés ne s'imposent chez les sujets atteints d'eczéma, dont les voies digestives sont en mauvais état. Tous ceux qui feront une enquête attentive sur les habitudes alimentaires antérieures des eczémateux reconnaîtront aisément que beaucoup d'entre eux ont une diète ordinaire trop abondante, trop chargée, mal proportionnée aux combustions effectives, et au travail physique; et, chez de tels sujets, ils pourront s'assurer qu'il suffit souvent, pour obtenir un résultat manifeste, de diminuer de moitié la diète carnée, de ne donner de la viande qu'à un seul repas, de restreindre le total des aliments ingérés chaque jour, et d'augmenter la dépense physique.

1. Voy. trad. franç. de Kaposi, 2e édition, 1891, pp. 717, 718, note 1.

Sur la qualité des aliments et des boissons, la prescription se particularise définitivement par la constatation, faite ou à faire, des effets produits chez chaque sujet individuellement, par les aliments généralement reconnus comme capables de produire à la longue, d'activer, ou de reproduire à brève échéance, le processus eczématique. C'est par ces effets mêmes que l'on pourra, avec précision, réclamer des intéressés la diminution ou la suppression des gros poissons de mer, des coquillages et des crustacés, de la viande de porc, du veau, des salaisons, des conserves, des gibiers, des fromages fermentés et salés, des végétaux chargés d'acide oxalique, — asperges, tomates, épinards, oseille, etc., de toutes les « crudités », — salades assaisonnées, cresson, raifort, radis, concombres, truffes, conserves au vinaigre; fraises, framboises, groseilles, oranges, etc., — des boissons alcooliques et de toutes les liqueurs, des bières fortes ou alcoolisées, du champagne, du thé, du café, etc.

D'une manière générale les aliments, quels qu'ils soient, dans la préparation desquels entrent largement les acides, les épices, le sel, le sucre, etc., deviennent nuisibles du fait de cette préparation même, et, pour quelques-uns, c'est surtout dans le mode de préparation que réside la nocivité. Sur tous ces points, que le médecin ne doit pas négliger d'aborder, beaucoup d'eczémateux ont déjà leur expérience personnellement faite; et quand il n'en est pas ainsi, dûment avertis, ils sont en mesure de rectifier le point.

A la vérité, quelques eczémateux dont les voies digestives sont tolérantes, et les émonctions parfaites, semblent n'éprouver aucun dommage d'un régime libre; et quelques autres ne semblent pas bénéficier d'un régime restreint et réglé; mais c'est là l'exception, et non la règle. Dans la règle, le régime excessif longtemps prolongé, et l'abus des aliments ou des boissons que nous avons indiqués, produisent, chez certains sujets, l'eczématisation, et surtout exagèrent son intensité quand elle est instituée, ou provoquent ses récidives. Pour quelques-uns, cette règle, surtout en ce qui concerne l'aggra-

vation, les exacerbations et les récidives, se vérifie quelles que soient la nature et la cause de l'eczématisation, fût-elle exclusivement d'origine parasitaire. Le médecin qui a pu comme nous, dans la pratique civile, suivre les mêmes malades au cours des années, peut, à cet égard, donner les affirmations les plus positives; et sa conviction sera solidement établie quand son observation, n'étant pas limitée aux effets immédiats du régime, il en pourra vérifier les actions *reculées*.

Tout système à part, les eczémateux bénéficieront toujours d'un régime restreint et d'une diète réglée; ils auront avantage à s'alimenter avec les viandes de boucherie, le veau excepté; la volaille commune — mais non l'oie, le dindon, le canard —; les œufs frais; les légumes verts frais cuits, à l'exception de l'oseille, des choux, des épinards, du cresson; les fruits cuits, les laitages de toute espèce, les féculents en petite quantité; les fromages blancs non salés. Pour tous, la boisson de choix est l'eau pure, les eaux anodines d'*Alet*, d'*Evian*, etc. etc.; pour quelques-uns une infusion amère à volonté, de *houblon* par exemple. Pour un grand nombre, le *lait écrémé*, coupé d'eau pure ou d'eau alcaline légère, ou pur, constitue une boisson thérapeutique de premier ordre. Dans toutes les périodes paroxystiques intenses, dans les cas d'eczéma exanthématique, fébriles, etc., pendant quelques jours, le *régime lacté* intégral sera d'un effet remarquable. Le cidre, dont l'usage s'est considérablement étendu depuis dix ans, convient à quelques-uns, non à tous; le vin ne convient à aucun.

B. — Chez les nouveau-nés, les enfants allaités, la plus grande attention sera apportée à la régularité des tétées, à l'état des garde-robes, et, il faut le dire, à l'alimentation des nourrices; ceux qui ont observé avec soin ces choses savent qu'une bonne part des dermopathies infantiles n'a pas d'autre source que les altérations du lait par mauvais régime alimentaire des nourrices, ou par troubles sécrétoires réitérés, liés aux perturbations nerveuses de tout ordre, auxquelles elles peuvent être soumises. Surveillance plus étroite encore quand l'enfant est élevé sans nourrice; stérilisation absolue et vraie

du lait aussitôt après la traite; réglementation attentive des heures où l'on donne le lait, et de la quantité souvent trop grande donnée à la fois.

L'époque du sevrage représente une autre phase dans laquelle surviennent, trop fréquemment, des accidents cutanés résultant de la mauvaise réglementation du régime, abandonné à l'incompétence ou à la routine. Si le médecin est consulté sur la direction de ce régime, ou à propos de troubles digestifs, il agira sagement en étant un peu moins optimiste qu'il ne l'est le plus ordinairement; en traitant sérieusement les moindres désordres, et en parlant aux mères avec la précision et la sévérité que ces choses comportent.

C. — Beaucoup d'eczémateux, de sujets atteints d'eczéma rebelle, chronique, récidivant, présentent, dans la direction hygiénique de leur existence — vie matérielle et vie morale — des lacunes. La vie recluse, sédentaire, le surmenage inévitable à l'époque actuelle, les excitations nerveuses de tout ordre, etc., etc., préparent l'imminence morbide et multiplient l'action des causes pathologiques. Dans toutes ces circonstances qu'il nous suffit, ici, de signaler, le médecin doit savoir faire son enquête et donner les avis nécessaires. Pour beaucoup, l'aération, l'exercice modéré, le séjour prolongé à la campagne, le calme de l'esprit, contribuent à accélérer et à consolider la guérison. Le bord de la mer, l'air marin ne conviennent pas toujours; cependant, dans les cas où l'eczéma n'occupe pas les parties découvertes, l'interdiction n'est pas absolue, à la condition de conserver le régime, et de choisir les régions abritées.

III

Médications communes.

A. — PURGATIFS — DIURÉTIQUES — TISANES

L'ancienne médecine a abusé des purgatifs et des tisanes dans le traitement de l'eczéma, mais la médecine actuelle

n'est pas sans avoir oublié que les voies digestive et rénale pouvaient être utilisées à titre émonctorial, dérivatif, ou révulsif chez un nombre assez grand de sujets diathésiquement congestifs, obèses, hémorrhoïdaires, hypo-uriques, etc., et, chez tous, au moment des paroxysmes eczématiques, quelle que soit, d'ailleurs, la cause ou la nature de l'eczématisation. Toute théorie réservée, l'observation simple établit suffisamment l'action favorable des purgatifs chez les eczémateux de ces diverses catégories, et il n'y a rien dans cette pratique qui ne doive complaire au néo-humorisme régnant. De même que le rein, le foie et l'intestin offrent des voies de choix pour l'élimination des toxines eczématigènes, et, d'autre part, l'évacuation régulière et parachevée des intestins, agent par excellence d'antisepsie intestinale, ne peut qu'être utile à tous les eczémateux.

Dans les divers purgatifs à employer, peu de spécificité : cependant le *calomel*, à petites doses réitérées, est peut-être trop oublié, et est indiqué dans les cas d'insuffisance ou de septicité hépatiques supposées. L'*huile de ricin*, les *sels neutres*, les préparations de *séné*, les « *thés purgatifs* », et la série nombreuse des purgatifs à la mode, peuvent être utilisés selon les convenances individuelles, quand il ne s'agit que d'évacuer, et d'augmenter les éliminations intestinales. Pour l'action révulsive et dérivative, les drastiques, l'*aloès*, répondent aux indications qui peuvent se présenter dans cette direction.

Mêmes observations et mêmes remarques au sujet des diurétiques; leur indication étant réglée par le quantum habituel de l'excrétion urinaire, et l'état général de la circulation. Au premier rang, le *lait*, le *régime lacté* mixte, les *eaux minérales* diurétiques, et les tisanes.

Les *tisanes* en effet, quoi qu'on en ait pu dire, sont très utiles dans les eczémas aigus ou chroniques, soit comme diurétiques, soit comme constituant une diète hydrique qui, pour quelques eczémateux, n'est pas sans opportunité. Nous employons particulièrement, dans cette direction, les infu-

sions légères de *houblon*, de *feuilles de frêne*, de *fleurs de genêt*, soit seules, soit comme excipients de divers autres agents médicamenteux.

B. — ÉMÉTIQUE — BELLADONE ET SUCCÉDANÉS

1° *Émétique.* — Pendant que l'on oubliait, ailleurs, l'usage de l'émétique, on continuait, en Angleterre, à s'en servir très fréquemment, *à petites doses*, dans les phlegmasies aiguës à type sthénique, par exemple dans la pneumonie aiguë, en prenant comme guide indicateur de son emploi, l'état de la circulation artérielle. Cette pratique s'était étendue depuis longtemps déjà à l'eczémato-thérapie, et avait été appliquée par Er. Wilson, Startin, etc.; mais, depuis une quinzaine d'années environ, elle a été particulièrement usitée et préconisée par Malcolm Morris[1]. Toutes les fois où le *molimen* eczématique est intense, la pression artérielle très élevée, et le sujet non déprimé, notre savant confrère de Londres considère l'émétique, à faibles doses, comme l'agent réducteur par excellence de l'eczématisation. Il emploie le *vin d'antimoine*[2] en commençant par X à XII minimes[3] pour une dose, qui est renouvelée

1. En dernier lieu, *Diseases of the skin*, London, 1894, p. 244, 245.
2. Le vin d'antimoine de la Pharmacopée britannique est ainsi composé :

℞ Tartre stibié. .	40 grains	=	2 gr. 59.
Vin de Xérès. .	20 onces	=	566 gr. 80.

Titre : un gramme d'émétique pour 219 de vin.
Doses : de V à LX minimes.

3. Le minime est un peu plus lourd que la goutte : 0gr,059 au lieu de 0gr,050, ce qui fait que XVII minimes représentent environ XX gouttes. Les pharmaciens anglais pratiquant en France ont l'habitude d'assimiler le minime à la goutte; à Londres, les malades comptent de même les minimes comme des gouttes, et les médicaments à débiter par minimes sont livrés en *dropping bottles*.

D'après le Dr Berlioz, qui a bien voulu revoir pour cette note toute la question, un échantillon de vin d'antimoine de la pharmacopée britannique donne au gramme XXX gouttes, au compte-gouttes calibré, soit XXV minimes environ — 25,5 — 25 étant adopté pour avoir un chiffre simple, et parce que l'équivalence au chiffre de 17 : 20, indiqué plus haut, a été un peu forcée. Dix minimes ou douze gouttes de ce vin, représentent à peu près deux milligrammes, exactement 0gr.00182,

au bout d'une heure, et dont, si cela est nécessaire, on donne une troisième et dernière dose pour le jour, au bout de deux heures. Les jours qui suivent, les intervalles entre les prises sont graduellement augmentés, en même temps que l'on diminue corrélativement les doses jusqu'à VI minimes; les trois prises en vingt-quatre heures sont continuées jusqu'à ce que l'état aigu ait pris fin.

2° *Belladone.* — Dans les cas où le suintement eczématique est profus, le flux séro-fibrineux intarissable, submergeant toutes les pièces de pansement, la belladone donnée progressivement, et avec la surveillance toujours nécessaire pour ce médicament, réussit certainement. On y peut encore avoir recours quand l'hyperstéatose ou l'hyperstéatidrose, ou l'hyperidrose, soit au cuir chevelu, soit aux extrémités, soit dans les grands plis, met obstacle à la rapidité d'action des agents de réduction. Elle constitue enfin dans quelques cas un anti-prurigineux temporaire excellent pour quelques sujets dans les formes paroxystiques.

On aura recours soit aux *teintures de belladone* — II à X gouttes par vingt-quatre heures au début; à l'*extrait aqueux* — un à cinq centigrammes; à l'*atropine* — un à quatre granules au quart de milligramme par vingt-quatre heures, en ayant soin de ne faire ces prescriptions qu'à titre temporaire, à courte échéance, toujours réglées selon l'âge et les conditions particulières, et seulement dans les cas dont on a la surveillance effective.

En cas de contre-indication, ou dans les formes prolongées, recours aux succédanés, *tannin*, *agaric*, *phosphate de chaux*.

d'émétique. Pour les médecins des pays ayant le bénéfice du système décimal, le mieux serait de se servir d'une solution d'émétique dans l'eau distillée :

℞ Eau distillée.	10 grammes.
Tartre stibié.	0 gr. 20 centigr.

Solution à livrer dans un *flacon compte-gouttes.* Chaque goutte de cette solution, à employer diluée, représente exactement un milligramme d'émétique.

C. — QUININE — ANTIPYRINE — COLCHIQUE — DIGITALE ERGOTINE — STRYCHNINE

Non pas à titre d'anti-eczématiques, mais à titre commun, les agents médicamenteux inscrits ci-dessus sont utilisés dans le traitement interne de l'eczéma; c'est sur indications particulières, théoriquement ou empiriquement, que leur emploi se réalise pour prévenir, enrayer ou modérer certains paroxysmes eczématiques assimilables à des accès de goutte ou de rhumatisme, pour parer à des phénomènes défectueux de circulation périphérique locale, etc. Cela particulièrement chez des sujets paludéens[1], rhumatisants, goutteux, cardiaques, asthéniques.

Les rhumatisants et les goutteux, puis les arthritiques vagues, bénéficieront particulièrement des sels de *quinine* et des préparations de *colchique* — à doses moyennes et pendant peu de jours, s'il s'agit de combattre des paroxysmes réalisés; à petites doses prolongées, ou réitérées, s'il y a lieu de maintenir une amélioration acquise, ou d'agir lentement dans l'intervalle des paroxysmes. C'est en vain que nous avons essayé de reconnaître un avantage particulier à la plupart des *formules* les plus recommandées; sans être opposé aux associations indiquées dans quelques circonstances, nous pensons que les agents médicamenteux doivent être donnés sous une forme et à des doses déterminées par chaque cas, et par la tolérance propre à chaque sujet.

D. — FER — IODE — HUILE DE MORUE IODURE DE POTASSIUM ET MERCURE

Chez quelques eczémateux jeunes, en état d'anémie lymphatique, on remplit l'indication générale, en administrant

1. Dans les régions palustres, et hors des pays à malaria dans les intoxications dépendant de foyers telluriques locaux, les préparations de quinine peuvent acquérir une importance exceptionnelle, et prendre un rôle actif dans la thérapeutique de certains eczémas. Voy. Brocq. — Note pour servir à l'histoire des éruptions d'origine palustre (éruption eczématiforme circonscrite, persistante du nez, de nature palustre). *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 3e série, 1896, pp. 1-8.

le *fer* à titre provisoire. La forme médicamenteuse, la dose et la durée de l'emploi sont déterminées par l'action générale produite, et par l'état de l'eczématisation.

Dans des cas plus nombreux, avec un bénéfice plus certain et des inconvénients moindres, chez les mêmes sujets, pendant la saison d'hiver, se présente l'indication de l'*huile de foie de morue*, applicable essentiellement aux formes lentes, diffuses, rebelles, récidivantes, secondaires souvent à divers autres états dermato-pathologiques tels que le prurigo de Hebra. Doses moyennes, proportionnelles à l'âge du malade et à la tolérance particulière de ses voies digestives. Saison favorable, l'hiver.

Pendant la saison chaude, l'indication se poursuit par l'emploi mesuré de l'*iode*, à l'aide de faibles doses de *sirop iodo-tannique* par exemple, une à trois cuillerées à dessert par vingt-quatre heures; plus rarement, et pour les cas d'anémie lymphatique accentuée, le *sirop d'iodure de fer* aux mêmes doses.

D'une façon un peu imprévue, chez des sujets diathésiques alternants, qui cumulent les accès d'asthme et les poussées eczématiques; chez des eczémateux en état accentué d'artériosclérose; ou encore dans la période terminale des eczémas chroniques, chez les sujets qui tolèrent ce médicament, l'*iodure de potassium* donne quelquefois des résultats satisfaisants.

Chose non moins remarquable : chez les hérédo-syphilitiques atteints de diverses formes d'eczéma infantile, l'iodure de potassium peut rendre de réels services; la médication, à condition d'être dirigée et surveillée, peut être tentée sans dommage, et la dose portée progressivement, s'il y a lieu, à un gramme pour les vingt-quatre heures.

L'eczéma n'est certainement pas dans le plan morbide de la syphilis, et nous ne connaissons pas d'eczématisation syphilitique au sens ferme des mots; cependant, la néoplasie syphilitique peut s'eczématiser, comme elle peut se lichéniser ou se psoriasiser. Dans ce cas, comme dans d'autres associations morbides, la superposition peut être si exacte qu'elle a con-

duit quelques auteurs à considérer la résultante comme une combinaison, une hybridité proprement dite. Ce qu'il importe de savoir, c'est que, association ou hybridité, la conclusion thérapeutique est une, il y a lieu de faire la cure diathésique, et d'administrer le *mercure* ou l'iodure de potassium, ou les deux.

IV

Médication interne antiprurigineuse et analgésiante [1].

Asa-fœtida. — Musc. — Valériane. — Opium. — Sulfonal et trional. — Chloral et bromures. — Acide phénique. — Atropine et valérianate d'atropine. — Antipyrine. — Phénacétine. — Salicylate de soude, etc.

Le prurit, et l'insomnie nocturne, que les paroxysmes déterminent, chez un grand nombre d'eczémateux, sont particulièrement pénibles aux patients, qui réclament à tout prix un soulagement et du sommeil. Malheureusement, il n'existe pas plus d'antiprurigineux absolu pour la peau, qu'il n'existe d'antispasmodique absolu pour la vessie; et, par surcroît, parmi les agents médicamenteux les plus utiles au but poursuivi, il n'en est guère que l'on puisse employer longtemps sans dommage pour l'état général, pour les voies digestives, ou pour la peau eczématisée; cela à des degrés divers, selon la diversité illimitée des idiosyncrasies.

En fait, l'agent interne antiprurigineux, analgésiant ou hypnotique, aussi bien que l'analgésiant externe, ne représente, dans la médication antiprurigineuse de l'eczéma, que l'adjuvant; le principal reposant, surtout, à la fois sur un bon traitement local de l'eczématisation, et sur la mise au point de l'état général du malade, de son hygiène, de son alimentation, du fonctionnement des reins, du tube digestif, et du foie.

Comme dans toutes les affections à prurit, mais plus particulièrement que dans aucune autre, l'indication des antipru-

1. Voir, pour complément : Antiprurigineux locaux, p. 129; Douches tempérées, p. 141, 142; Électrothérapie, p. 198.

rigineux locaux ou généraux dans l'eczéma reste subordonnée, éventuelle, temporaire; elle s'impose seulement quand le prurit est intense, et qu'il subsiste — ce qui, en réalité, n'est pas la règle — malgré l'exécution des soins locaux appropriés, des pansements propres, de l'occlusion, etc., malgré l'observation du régime convenable, et la mise en œuvre des moyens de traitement applicables à l'état général de chaque malade.

En effet, si les moyens d'action interne sur le prurit sont restreints dans le sens de sa répression, les médicaments ou les aliments qui peuvent l'exciter, le provoquer chez les sujets qui en sont atteints sont innombrables : le vin, l'alcool, le thé, le café, toutes les épices et les salaisons, le porc, le veau, les poissons et crustacés de toute espèce, le sucre, les féculents, les fraises, les oranges, les asperges, l'oseille, les tomates, etc., etc., avec des variations infinies dans les cas particuliers. De là l'obligation de régler la diète des malades de la façon la plus attentive, et *au prorata des conditions idiosyncrasiques;* pour les cas sévères, nous commençons toujours le traitement par la *diète lactée absolue,* revenant ensuite à l'alimentation graduellement, et guidé par les résultats observés.

Même règle pour les médicaments; nous supprimons systématiquement tout ce qui a été usité déjà chez le malade, et nous ne recommençons une médication qu'avec la plus grande surveillance; il est peu de substances médicamenteuses qui n'exagèrent pas le prurit chez un prurigineux, c'est-à-dire très souvent chez un hypernerveux, pour lequel les intolérances médicamenteuses sont ordinaires.

Avant tout, on fera un examen approfondi de l'urine, quantité et qualité : on y recherchera non seulement l'acide urique, le sucre, l'albumine, mais encore les tares plus obscures, telles que l'oxalurie, la phosphaturie, la peptonurie, etc. Le malade sera soumis à une enquête *intégrale,* organes et fonctions, conditions professionnelles, état moral, et l'on y trouvera souvent des indications de prophylaxie et de thérapeutique, imprévues. *Toutes ces conditions remplies,*

et le sujet placé en état d'immunité causale, le médecin sera mieux armé contre le prurit des eczémateux que s'il cherchait ses moyens d'action principaux dans l'emploi des analgésiants locaux ou généraux, et des hypnotiques.

Chez les nouveau-nés et les enfants du premier âge, d'une manière encore plus marquée que chez l'adulte, la base de la médication antiprurigineuse analgésiante et hypnotique de l'eczéma réside dans la mise au point normal de l'alimentation, et des troubles digestifs, causes principales du prurit infantile eczématigène, non moins que dans l'application d'un traitement local approprié[1].

A. — Parmi les antispasmodiques inoffensifs pour la peau, la primauté appartient à l'asa fœtida, au musc et à la valériane.

L'*asa fœtida* et le *musc*, l'asa à la dose de $0^{gr},25$ à 2 grammes, le musc de $0^{gr},05$ à 2 grammes, soit en lavements émulsionnés selon la formule, et additionnés, ou non, d'un peu d'opium, soit en suppositoires.

La *valériane*, en extrait (bols de $0^{gr},50$) de un à six par vingt-quatre heures. Le *valérianate d'ammoniaque* en capsules de $0^{gr},05$ à $0^{gr},10$, de deux à cinq par vingt-quatre heures. La *solution* de valérianate d'ammoniaque selon la formule de Pierlot, à la dose de une à deux cuillerées à café par vingt-quatre heures, soit dans de l'eau sucrée, soit dans des infusions antispasmodiques, soit en lavements, est très usitée; chaque cuillerée à café représente $0^{gr},25$ de valérianate d'ammoniaque.

B. — L'*acide phénique*, antiprurigineux analgésiant, réussit quelquefois; mais les doses doivent être assez élevées pour

1. « Jamais, dit Jules Simon, les hypnotiques seuls ne suffisent pour calmer la démangeaison brûlante, et l'insomnie des jeunes enfants atteints d'eczéma impétigineux. Comme il existe constamment des troubles digestifs — cause la plus fréquente des éruptions de cet ordre — il faut toujours s'appliquer à combattre l'état dyspeptique, la lientérie ou l'entérite, en tenant compte de toutes les particularités de l'allaitement et du régime ; simultanément les surfaces malades, après avoir été détergées par les cataplasmes d'amidon cuit, sont pansées avec le taffetas chiffon. Sous l'influence de ces deux interventions, le prurit et l'insomnie diminuent dans de grandes proportions » ; c'est à titre de complément qu'il a recours aux calmants.

qu'il soit impossible de les continuer longtemps — dose active moyenne de 0gr,20 à 0gr,40 en vingt-quatre heures, en pilules :

℞ Acide phénique *très pur*	0gr,05 à 0gr,10
Extrait de valériane.	0gr,05
Magnésie décarbonatée.	Q. s.

Pour une pilule. Argenter ou conserver dans la poudre de lycopode.

Ces pilules doivent être prises *à la fin* des repas, ou aussitôt *après* avoir ingéré du lait, ou une infusion à volonté.

C. — L'*atropine* ou le *valérianate d'atropine*, en granules *au quart* de milligramme, ont, le plus ordinairement, une action sédative certaine sur le prurit, favorable particulièrement dans les cas où le prurit coïncide avec une exsudation eczématique surabondante. Sauf exceptions très rares, il n'y a pas lieu de dépasser la dose de un demi-milligramme à 1 milligramme par vingt-quatre heures ; on n'oubliera pas toute la surveillance exigée par l'emploi de l'atropine, et les malades devront être dûment avertis, par prescription écrite, de n'avoir pas à dépasser la dose qui a été ordonnée.

D. — L'*opium*, qui est souvent, à lui seul, une cause active de prurit, est le plus généralement contre-indiqué dans l'eczéma ; exceptionnellement, il peut être utilisé, dans quelques cas, contre l'insomnie, prurigineuse ou non, des eczémateux, pour un temps limité, ou tout à fait au début.

E. — Le *sulfonal* et le *trional*, dans les mêmes conditions, sont des agents sûrs, et de secours efficace, aux doses variables de 0gr,50 à 2 grammes par vingt-quatre heures ; ils sont assez généralement bien tolérés par la peau eczémateuse.

F. — Le *chloral* et les *bromures*, seuls ou associés (bromidia), servent à remplir l'indication mixte analgésiante ou hypnotique, sous les différentes formes, par les voies, et aux doses connues, en tenant compte des tolérances individuelles.

Chez les nouveau-nés et chez les enfants le bromure de potassium anesthésiant, somnifère et diurétique, convient

presque exclusivement. On le donne, le soir, pendant quatre à cinq jours de suite; puis on le suspend pendant un égal nombre de jours pour le reprendre ensuite, s'il y a lieu, de la même manière; ces intermissions sont de règle absolue chez les nouveau-nés et les enfants. Chez les nouveau-nés jusqu'à six mois, le bromure est donné en lavement; à partir de six mois, il est facilement pris dans de l'eau sucrée, avec le lait. Les doses adoptées par Jules Simon sont ainsi réglées par lui jusqu'à 3 mois, $0^{gr},10$, $0^{gr},15$, $0^{gr},20$; de 3 à 6 mois, $0^{gr},30$ à $0^{gr},40$; de 6 à 12 mois, $0^{gr},40$ à $0^{gr},60$; de 1 à 2 ans, $0^{gr},50$ à 1 gramme.

On commencera toujours par les doses faibles; on exercera la surveillance sans cesse nécessaire dans la médecine infantile, et on n'oubliera pas que le bromure doit être suspendu au bout de quatre à cinq jours d'emploi, et n'être repris qu'après une égale suspension. Nous avons assez souvent observé les éruptions bromiques chez les nouveau-nés, pour devoir insister sur cette recommandation, dans le cas même où il n'y aurait rien à craindre au point de vue général.

G. — L'*antipyrine*, et probablement mieux au point de vue de la tolérance cutanée, la *phénacétine*, peuvent être utilisées chez quelques eczémateux, exceptionnellement, à titre temporaire; leur action antiprurigineuse proprement dite est éventuelle, irrégulière, tout individuelle; et, particulièrement avec l'antipyrine, il faut se rappeler que les intolérants ne sont pas rares

H. — Enfin, l'action analgésiante du *salicylate de soude* peut être utilisée aux doses usuelles, mais en se rappelant encore que la peau eczématisée ne le tolère pas toujours.

V

Médications spéciales et eaux minérales.

Il n'existe pas, en réalité, de médications internes spéciales de l'eczéma, et l'on ne connaît aucune substance médi-

camenteuse administrée par la voie digestive ou par la voie hypodermique qui ait, sur les phénomènes de l'eczématisation, une propriété inhibitoire assez positive pour en amener la terminaison sans le concours d'une médication localisée. Mais il existe, dans la thérapeutique interne de l'eczéma, quelques médicaments consacrés par une tradition médicale imposante; ce sont ceux-là que nous allons, à présent, passer en revue.

A. — MÉDICATION ARSENICALE

RÔLE THÉRAPEUTIQUE ET INDICATIONS. — PHARMACOLOGIE MODE D'EMPLOI ET DOSES

1° Rôle thérapeutique et indications.

Le plus usité des agents médicamenteux adaptés au traitement de l'eczéma est l'arsenic, en raison de son élimination normale par la voie épithéliale vague, ainsi que par les appareils différenciés de l'épiderme, y compris les phanères. Son action, très complexe, que son élimination en nature par les voies épithéliales et folliculaires démontre incontestable, et dont nous commençons à peine à être en mesure d'entrevoir quelques raisons scientifiques, se prouve, en fait, par les mélanodermies, les kératoses et les folliculites, etc. Son pouvoir excitateur, épidermotrophique, est plus que suffisamment établi par ce que l'on observe, amplifié et pathologique, chez les intolérants de l'arsenic auxquels il inflige des hyperchromatoses, des hyperkératoses, des péri-folliculites, etc.

Sur la fonction hémoglobulaire, et sur la nutrition générale intime, l'arsenic a une action certaine allant depuis l'excitation physiologique jusqu'à l'altération de la fonction, si les doses dépassent la normale individuelle, très variable selon les sujets.

Sur l'eczématisation de la peau, l'action modificatrice de l'arsenic n'est pas davantage à nier ; mais elle n'est ni spécifique, ni universelle, ni constante, ni uniformément favorable. Cela se conçoit si l'on se rappelle que la cause de l'irritation eczématigène est multiple, et qu'il faut toujours compter avec un élément individuel, l'irritabilité propre de tissu, facteur

essentiel dans le conflit organique qui constitue, pour les tissus, la vie pathologique.

A titre d'ensemble, on peut dire que son action générale et locale — excitante, trophique, substitutive, réductrice, « antiparasitaire », — est à utiliser surtout dans les cas torpides, les espèces diathésiques chroniques, les formes rebelles aux médications externes kératoplastiques, dans les phases décadentes, les variétés sèches, psoriasiformes, lichénisées, cornées, dans lesquelles la *dyskératose* paraît survivre au molimen parakératosique.

L'excitation générale ou locale de l'arsenic ne convient, d'ordinaire, ni aux formes aiguës, ni aux périodes d'éréthisme vasculaire et épithélial, ni aux variétés actives, envahissantes, exsudatives, florides, surtout si elles sont récentes, ou étendues à de grandes surfaces. Exception pour quelques formes limitées aux extrémités par exemple, ou au cuir chevelu, ou pour certains sujets chez qui l'arsenic est *bon à tout*, chez lesquels il ne produit pas de « poussées », et qui bénéficient de l'arsenic même dans la période d'activité de l'eczéma — action « siccative » — sans doute par le mécanisme de l'irritation substitutive, en opposition avec certains autres qui ne supportent d'aucune manière le médicament à aucune dose, et pour qui l'arsenic n'est *bon à rien*.

Enfin, l'arsenic, même convenablement administré, est préjudiciable à quelques eczémateux, en produisant chez eux des troubles digestifs accentués avec toutes leurs conséquences directes et indirectes, et, chez d'autres, de la dyscardie — arhythmie, palpitations, etc. Ces derniers faits, trop peu connus, rapprochés des exacerbations provoquées quelquefois dans les phénomènes de l'eczématisation, montrent combien est peu fondé l'abus que l'on fait de l'arsenic, dans l'eczéma comme dans presque toutes les dermatoses.

2° Pharmacologie.

A. — *Acide arsénieux.* — Deux formes médicamenteuses principales : granules « de Dioscoride », dosés à 1 milli-

gramme, et pilules asiatiques du Codex français, dosées à 5 milligrammes.

℞ Acide arsénieux.	0 gr. 50 centigr.
Poivre noir pulvérisé.	5 grammes.
Gomme arabique pulvérisée	1 —
Eau distillée	Q. S.

M. avec le plus grand soin et diviser en 100 pilules.

B. — *Arséniate de soude;* granules; solutions fortes; solutions faibles.

a) *Granules.* — Dosés au milligramme d'arséniate de soude représentant un tiers de milligramme d'acide arsénieux.

b) *Solutions fortes.* — Liqueur de Pearson, peu usitée en France, dosage relativement peu élevé, un peu moins d'un milligramme par dizaine de gouttes.

℞ Arséniate de soude cristallisé. . . .	0 gr. 05 centigr.
Eau distillée.	30 grammes.

Dissolvez.

c) *Solutions faibles.* — Dans notre formule personnelle, chaque cuillerée à café contient un milligramme d'arséniate.

℞ Arséniate de soude	0 gr. 02 centigr.
Eau distillée	100 grammes.

Dissolvez.

A l'hôpital Saint-Louis, où l'on délivre gratuitement aux malades du dehors une solution d'arséniate de soude en quantité suffisante pour une moyenne de huit jours de traitement, on a jugé prudent d'abaisser le titre de la solution à $0^{gr},002$ milligrammes d'arséniate de soude par cuillerée à bouche de 15 grammes, dose moyenne pour une prise.

℞ Arséniate de soude.	0 gr. 133 milligr.
Eau distillée.	1 000 grammes.

Dissolvez.

C. — *Arsénite de potasse;* granules; solutions.

a) *Granules* dosés au milligramme.

b) *Solutions.* — Une seule usitée — solution forte — la liqueur de Fowler. Un gramme, ou vingt gouttes, représentent

un centigramme, — dix milligrammes — d'acide arsénieux, et chaque goutte un demi-milligramme.

℞ Acide arsénieux	1	gramme.
Carbonate de potasse pur	1	—
Eau distillée	95	—
Alcoolat de mélisse composé	3	—

M. s. a.

D. — *Eaux arsenicales.* — Le type en France est l'eau de *la Bourboule* (mélange des sources Perrière, Sedaiges, et Choussy, similaires) contenant de vingt-cinq (Wilm) à vingt-huit (Bouis et Lefort) milligrammes d'arséniate de soude par litre, — 0,009 milligrammes d'*acide arsénieux* — soit deux milligrammes et demi d'*arséniate* par 100 grammes d'eau, et cinq milligrammes pour le verre gradué type usité dans les stations minérales, qui est de deux cents grammes. Quand l'eau de ces sources n'est pas tolérée, on emploie la source Clémence, arséniée faible et magnésienne.

3° Doses et administration.

La fixation des doses d'arsenic à employer dans le traitement de l'eczéma ne saurait être donnée à titre général, et l'on ne peut les régler correctement que pour chaque malade en particulier selon son âge, l'état de ses voies digestives, et de sa circulation générale, selon l'action constatée sur l'eczématisation, et d'après la tolérance individuelle. Avec chaque malade varient non seulement la tolérance, mais le taux de la dose active.

Pour l'adulte, une dose d'activité moyenne sur la lésion eczémateuse, peut être évaluée à 5 milligrammes par vingt-quatre heures; quelquefois, il est nécessaire d'atteindre ou de dépasser 1 centigramme par jour; la médication réclame, alors, une surveillance réelle. La dose de 1 centigramme et demi peut être atteinte assez aisément chez quelques sujets, et il est exceptionnel qu'elle soit insuffisante. Quand ces doses, ou de plus fortes, doivent être prolongées, il est sage de les abaisser momentanément de temps à autre, et quand la

médication doit être suspendue, ce ne doit jamais être brusquement, la suppression immédiate de l'arsenic pouvant être suivie d'asthénie grave.

L'administration *sous-cutanée* de l'arsenic peut être utilisée dans le traitement de quelques formes rebelles d'eczéma, soit en raison de l'intolérance des voies digestives, soit pour chercher un moyen d'action autre, ou intensif. Le dosage est à exécuter avec rigueur, et la première injection est faite à petite dose, — une goutte seulement de solution de Fowler, le plus ordinairement employée. Notre formule est

℞ Liqueur de Fowler aseptique. . . . . XL gouttes.
Eau distillée bouillie. Q. s. pour faire dix centimètres cubes.
M. s. a.

Dans un flacon aseptisé, et à bouchage hermétique.

Chaque seringue de 1 centimètre cube contient IV gouttes de liqueur de Fowler, et chaque quart de seringue une goutte. Ces injections réclament l'asepsie complète de la peau, du liquide injecté, de la seringue, de l'aiguille, etc. Comme pour toutes les injections hypodermiques, nous recommandons d'introduire la canule isolée, et de faire l'injection très lentement.

B. — MÉDICATION ALCALINE

En dépit des dénégations et des querelles de mots qui se sont élevées, surtout hors de ce pays, contre ce que nous appelons l'arthritisme, cette désignation représente une des plus grandes réalités pratiques de la médecine, et on retrouve communément l'une ou l'autre de ses maladies élémentaires chez les eczémateux : hyperurie, diathèse acide, goutte, lithiases urinaire et biliaire, rhumatisme, asthme, obésité, diabètes divers, irritabilité et fragilité générales des revêtements épithéliaux et endothéliaux, carcinoses diverses aux périodes avancées de la diathèse, etc. Dans la plupart de ces cas, les agents de la médication alcaline trouvent leur utilisation, et le médecin qui, systématiquement, priverait ses ma-

lades de leur secours, limiterait singulièrement l'action bienfaisante qu'il peut exercer sur les manifestations eczématiques auxquelles les arthritiques sont particulièrement exposés.

La médication alcaline est trop connue des médecins pour que nous ayons besoin d'en exposer ici le détail, les formules et les doses.

L'agent de la médication alcaline le plus usité est le *bicarbonate de soude;* les doses en doivent être modérées dans le traitement de l'eczéma, si l'emploi est longtemps continué. On l'administre en solution aqueuse, en sirops divers, parmi lesquels les plus usités sont les sirops d'écorces d'oranges, de saponaire, et d'espèces « antiscorbutiques »; nous donnons habituellement les prises diluées dans une infusion telle que l'infusion de *feuilles de frêne*, dont l'action n'est pas indifférente. Le dosage moyen des sirops alcalins est de 3 p. 100; les malades en prennent, suivant les cas, de une à quatre cuillerées de 20 grammes par vingt-quatre heures.

Quant aux diverses combinaisons *sodiques* ou *lithinées*, *salicylées* et *benzoatées*, et aux *eaux minérales alcalines*, c'est dans la nature de la tare arthritique individuelle à combattre, plutôt que dans la forme de l'eczématisation, qu'elles trouvent leur indication particulière.

Dans la série alcaline, la station spécialisée au traitement des eczémateux est la station de *Royat* (Puy-de-Dôme), dont sont tributaires les eczémas chroniques de nature arthritique, ou développés chez des arthritiques, particulièrement chez ceux qui sont débiles ou affaiblis. Les glycosuriques eczémateux peuvent y utiliser, à la fois, la médication interne, et le bain, avec grand avantage; en particulier les femmes glycosuriques atteintes d'eczéma vulvaire, et beaucoup d'autres qui ont du prurit vulvaire, avec ou sans lésions, surtout en rapport avec la ménopause, et diverses altérations de l'urine autres que la glycosurie. Sont indiqués pour les eaux bicarbonatées chlorurées sodiques de *Saint-Nectaire* (Puy-de-Dôme), et non pour Royat, les sujets qui présentent franchement la note « lymphatique », — arthro-lymphatiques, — ou « scrofuleuse ».

Pour les scrofulo-tuberculeux, les tuberculeux, pour ceux qui ont des localisations à la face ou au cuir chevelu, des adénopathies accentuées, etc., conviennent mieux les eaux chlorurées, arsenicales, iodurées, sulfureuses, etc.; de même que les eaux lithinées, les eaux minérales éliminatrices diurétiques, telles que *Contrexéville, Vittel, Évian*, etc., utiles aux eczémateux en général, sont applicables à ceux de la série urique, en particulier.

C. — MÉDICATION SULFUREUSE

Sous des formes diverses, et quoi qu'on en ait pu dire, le soufre n'a jamais cessé d'être employé dans la médication des eczémateux; c'est l'abus qui en était fait à l'usage interne, et dans la balnéation — ce dernier abus persistant encore dans la pratique de quelques médecins et dans la coutume populaire — contre lequel on a justement réagi, au fur et à mesure que « les dartres » ont été déclassées pour constituer le cadre actuel des affections cutanées spécifiées. Dire que la réaction n'a pas dépassé le point normal, ce serait dire ce que l'on n'a jamais vu, et ne pas exposer la réalité; mais le temps normal est revenu, et l'on peut, aujourd'hui, traiter avec calme cette question qui n'était abordée qu'avec passion par nos devanciers immédiats.

On peut donner utilement de petites doses de *soufre* à l'intérieur chez les eczémateux jeunes, lymphatiques, scrofulo-tuberculeux; avec le plus d'avantage, sous forme d'eau sulfureuse naturelle, mélangée au lait une ou deux fois par jour; l'*eau sulfureuse de Labassère* par exemple, à la dose de 20 à 100 grammes. Très attentivement, nous avons donné l'*ichthyol* — sulfo-ichthyolate de soude — à toutes doses, sans action nuisible sur l'eczéma, et en constatant fréquemment une tolérance inattendue pour le médicament. Mais la forme d'administration du soufre par les eaux minérales naturelles nous a toujours semblé préférable, et mieux adaptée au but diathésique, ou spécifique, poursuivi.

Un grand nombre d'eaux minérales sulfureuses naturelles — sulfureuses, sulfurées, simples, mixtes, s.-chlorurées sodiques, calciques, bicarbonatées, iodurées et bromurées sodiques, etc. — peuvent être utilisées soit à distance, soit à la source si les malades y trouvent une direction et une surveillance médicales. La plupart reçoivent des eczémateux; quelques-unes en nombre considérable. A aucune ne doivent être soumis les eczémateux congestifs hypernerveux, cardiaques, ni ceux chez qui l'eczématisation est de première manifestation, aiguë, floride, intense, généralisée, irritable; mais à toutes, sous la réserve de quelques particularités théoriques, ou empiriquement précisées, peuvent être envoyés les jeunes sujets, les anémiques, les lymphatiques, les eczémateux à nutrition torpide, les arthro-lymphatiques si nombreux dans la descendance des arthritiques. Les tuberculeux ou les scrofulo-tuberculeux atteints d'eczéma, et qui sont en mesure de bénéficier, pour les lésions viscérales ou ganglionnaires, des eaux de *Barèges*, *Cauterets*, *Eaux-Bonnes*, *Amélie-les-Bains*, *Allevard*, etc., peuvent également y utiliser leur cure pour le traitement des altérations eczémateuses, à la condition que la médication soit dirigée et surveillée. A cette condition, nous le répétons, la série entière des stations sulfureuses peut être mise à contribution, — *Saint-Sauveur*, les *Eaux-Chaudes*, le *Vernet*, la *Preste*, *Olette*, *Molitg*, *Enghien*, *Pierrefonds*, *Saint-Honoré*, *Ax*, *Aix*, *Bagnères-de-Bigorre*, etc.; *Luchon*, *Saint-Gervais*, *Uriage*, *Challes*, etc., etc.

Luchon réclame particulièrement les eczémateux à qui la médication sulfureuse générale pourra être utile, et qui, par l'état subaigu ou chronique de l'eczématisation, sont en mesure de bénéficier en même temps de l'usage externe des eaux.

Saint-Gervais a été surtout recommandé par Hardy dans les formes chroniques, chez les eczémateux gastralgiques nerveux, en raison de leur faible sulfuration, de leur température modérée, de leurs propriétés diurétiques, diaphorétiques, etc. Elles sont recommandables, ajouterons-nous, surtout parce que l'observation montre qu'en effet, elles sont bien

tolérées par les eczémateux irritables. Molitg, Saint-Sauveur, Enghien, etc., peuvent fournir des adaptations analogues.

Uriage ne réclame pas les eczémateux névrosiques ou gastralgiques, pas plus que ceux qui ont une diathèse congestive manifeste; contenant, à un degré modéré, les principes actifs des sources sulfureuses et salines, les eaux de cette station conviennent aux eczémateux précoces, aux héréditaires lymphatiques. Indépendamment de l'action locale, l'eau chlorurée sodique et sulfureuse d'Uriage remplit, à l'usage interne, un rôle important comme modificateur général, tonique, et reconstituant, et comme agent spécifié selon qu'elle est administrée à dose altérante, laxative ou purgative. Chez les eczémateux à alternances morbides, emphysémateux, bronchitiques, ou atteints d'insuffisance hépatique ou rénale, ses propriétés diurétiques et laxatives peuvent être employées utilement, avec prudence et surveillance.

Les eaux de *Challes*, bicarbonatées, iodurées, bromurées, sodiques et hypersulfureuses représentent, à l'usage interne, un moyen d'action multiple, applicable à l'état diathésique commun des eczémateux arthro-lymphatiques, lymphatiques, scrofulo-tuberculeux; — l'action altérante et modificatrice, dérivative, étant mesurée par le médecin. Malgré sa forte minéralisation, l'eau de Challes est généralement tolérée à l'usage interne à des doses qui sembleraient, si l'on n'en avait l'expérience, excessives, puisque de 200 grammes, doses de début, on a pu l'élever jusqu'à 600 et 800 grammes par vingt-quatre heures.

III

TRAITEMENT EXTERNE DE L'ECZÉMA

I. Avis préliminaires. — Recherche de la condition étiologique locale. — Foyers initiaux et reliquats. — Asepsie; occlusion. — Indications selon la période. — Tolérance individuelle. — Précautions spéciales au premier âge. — Antiprurigineux locaux. — Contre-indications à l'emploi d'une médication locale active. — Nécessité de la direction effective du traitement externe par le médecin.

II. Médications externes. — Poudres. — Lotions. — Pulvérisations et douches. — Eau froide et réfrigération. — Bains simples et bains composés. — Pratique hydro-minérale externe. — Cataplasmes. — Occlusion imperméable médiate ou pansements moites simples et composés. — Occlusion imperméable immédiate. — Topiques gras. — Adhésifs. — Savons. — Médication anodine, occlusive, résolutive, kératoplastique. — Médication substitutive, réductrice, caustique. — Électrothérapie.

I

Avis préliminaires.

Le traitement externe de l'eczéma est extrêmement chargé dans sa matière médicale, très complexe dans ses divers modes d'action, et dans ses méthodes d'application. En raison de la variété des formes, et des différences individuelles dans la tolérance des agents externes, etc., sa mesure varie elle-même dans une échelle très étendue depuis les pansements les plus anodins jusqu'aux médications intensives. A maintes reprises, au cours de l'évolution, les applications sont à modifier selon les périodes, les interférences, etc. ; et, chez les divers eczémateux, dans des conditions sensiblement identiques, les mêmes médications externes agissent diversement; ou encore, chez l'un, ce qui réussissait la veille échouera le lendemain, ou inversement. Pour plusieurs espèces d'eczéma, comme pour d'autres maladies, il y a des heures propices — temps de la crise — auxquelles le succès devient facile, et auxquelles il arrivera parfois que le malade traité le plus correctement du monde, mais perdant patience, ira donner un succès facile au dernier venu. Le médecin qui aura à diriger beaucoup d'eczémateux doit être averti de ces revers, auxquels nul n'échappe, même parmi les plus soigneux, les mieux avisés, les plus heureux.

A. — RECHERCHE DE LA CONDITION ÉTIOLOGIQUE LOCALE

Il est toujours sage de rechercher la condition étiologique locale, pour la supprimer si elle persiste, ou l'éviter ultérieurement si elle a cessé, avec un soin égal à celui que l'on met

à scruter les conditions intrinsèques, l'état diathésique, etc.

Au premier rang les applications irritantes — presque toujours déjà faites, — de liniments, d'onguents populaires, employés pour divers traumatismes — des « antiseptiques »; particulièrement l'iodoforme, le salol, l'acide phénique, le biiodure de mercure, l'acide salicylique, les eaux « vulnéraires », la teinture d'arnica, etc., etc.; — les « révulsifs », et même, pour quelques sujets à peau intolérante, les simples agglutinatifs, les cataplasmes de farine de lin, les imperméables de toute sorte dépassant le pansement, etc., etc. A examiner également l'action solaire pour le visage, la nuque, le dos des mains; les conditions de métier, — le ciment et le plâtre chez les maçons et les plâtriers, les sels de soude et de potasse chez les épiciers et les droguistes; le savon et les lixiviants chimiques chez les laveuses; les eaux de vaisselle et la chaleur des fourneaux chez les cuisinières, cuisiniers, garçons d'office; enfin les divers agents spéciaux chez les imprimeurs, lithographes, graveurs, mécaniciens, chauffeurs, broyeurs de substances chimiques et pharmaceutiques, raffineurs de sucre, varouleurs de lin, chapeliers, mégissiers, teinturiers, fleuristes, coloristes, plumassiers, etc., etc. Chez les femmes particulièrement, les cosmétiques de mauvaise qualité, les « eaux » de toute sorte, les teintures pour la chevelure, les « épilatoires », les lixiviants, les poudres colorées et parfumées, etc., etc.

Avec non moins de soin, on recherchera l'action irritante des sécrétions sudorales et sébacées — régions pilaires, grands plis; — des vêtements de laine; de l'urine hyperurique, ammoniacale, sucrée, etc., sur le prépuce, la verge, le scrotum, la vulve et les parties attenantes chez les incontinents, les vésicaux, les urinaires de tout ordre, etc., etc.; et, pour les eczémas orbiculaires, palpébraux, sous-nasaux, péribuccaux, auriculaires, de la région anale, etc., l'action des sécrétions et des excrétions normales ou altérées.

Pour les cas ambigus, recherche des parasites animés, traumatisants, venimeux, provocateurs de prurit et de grat-

tage, eczématigènes actifs chez les enfants et les vieillards — poux de tête, de corps ou de vêtements (phthirius, acares, dermanysses, aoûtats, etc.). Dans ces cas divers, le moyen le plus rapide et le plus assuré de guérir l'eczématisation est la destruction des parasites. Si les lésions produites sont intenses et étendues, ou s'il s'agit d'eczémateux préalables, ou encore chez les enfants du premier âge à tous les degrés, il faut n'avoir recours qu'à des parasiticides anodins et *ajourner* l'emploi des agents énergiques.

Les microphytes *classés* — favus, microspores et trichophytes tinéogènes, microsporon furfur, microsporon d'Eischtedt, microsporon minutissimum, — ont dans la genèse de l'eczématisation un rôle relativement effacé; mais ils constituent, accessoirement, des agents irritants, et mettent en état de prédisposition accentuée les parties où ils subsistent.

Chez les prurigineux, le grattage est la cause majeure de l'eczématisation, et chez les eczémateux, il aggrave les lésions constituées ; chez les uns et chez les autres, la peau doit être protégée par des pansements appropriés.

Au cours de cette enquête préliminaire, on n'omettra pas de rechercher si l'eczématisation n'est pas secondaire à une autre altération de la peau, générale ou locale, qui doive en modifier la réaction thérapeutique — varices, hyperidrose, stéatorrhée, xérodermies ichthyosiques et anidrosiques, etc.; prurigos de tout ordre, érythèmes ortiés, lichénisations diverses, etc.

B. — FOYERS INITIAUX ET RELIQUATS

Alors même qu'il n'existerait sur le corps qu'un premier et unique foyer d'eczématisation, fût-il d'importance médiocre, il faut le traiter sans délai, avec le plus grand soin, et le pansement doit être rigoureusement occlusif; cela pour les raisons formulées par Kaposi dans les termes qui suivent :

Par le fait du développement d'un eczéma sur un seul point du corps, « la peau devient le siège d'une altération

morbide, d'où il résulte que la moindre irritation, — comme celle qui peut être produite par le frottement du linge, le plus léger grattage, la chaleur d'un bain — suffit pour déterminer un eczéma, lequel peut même survenir plus tard par suite d'une altération réflexe des vaisseaux ».

Pour préciser, voici un exemple : à la suite de traumatismes ou de localisations douloureuses, un sujet, ayant eu, ou non, de l'eczéma antérieurement, enveloppe ou frictionne les régions traumatisées ou douloureuses avec des linges imprégnés de quelque chose de « fort » — alcool camphré, térébenthine, liniments excitants divers, etc. Il y a eu, ou non, bénéfice ; mais, au point d'application du remède, l'épiderme *a cédé*, et il se forme une surface exsudative, croûteuse, qui s'étale plus ou moins alentour; puis, dans les jours qui suivent, sans aucune nouvelle application externe, des éruptions rouges vésiculeuses se produisent à la face, au crâne, sur tout le corps, sans aucun rapport de continuité avec le foyer primitif. C'est alors que le patient arrive à l'hôpital avec un eczéma rouge exsudatif, disséminé, généralisé, dont la guérison va être difficile, et longue à obtenir. Ce sujet, accidentellement eczématisé, est devenu un eczémateux.

Deux hypothèses : *a*) Transfert réflexe. — C'est l'hypothèse de Kaposi, mais elle est applicable seulement au développement sur les points homologues; or, il n'y a pas de règle à cet égard, et la face et les avant-bras sont les points le plus régulièrement atteints. *b*) Transmission par auto-inoculation. — Cette supposition paraît plus plausible ; le grattage, le transport d'un élément irritant quelconque parasitaire ou autre, peuvent expliquer le développement de nouveaux foyers; le parasitisme secondaire des foyers initiaux infecterait l'économie, et produirait les foyers aberrants.

Ce qu'il faut retenir, c'est que le sujet qui présente un foyer d'eczématisation actif, fût-il de cause extrinsèque, est *menacé* de transmission, ou de généralisation, et que les foyers primaires doivent être désinfectés avec minutie, aseptisés, et oblitérés exactement.

Si le foyer isolé et unique (ou multiple) que l'on constate si fréquemment au cuir chevelu, dans les plis, les conduits auriculaires, à l'ombilic, à l'anus, dans les grands plis de contact, et très particulièrement aux membres inférieurs variqueux, au lieu d'être initial est un *reliquat*, il peut toujours devenir le point de départ d'une généralisation eczématique, et il réclame des mesures de traitement et de protection semblables à celles qu'il faut appliquer aux foyers primitifs.

C. — ASEPSIE. — OCCLUSION. — REPOS FONCTIONNEL, ETC.

Au premier rang des indications immédiates générales et communes se place la restitution à l'état simple des eczématisations compliquées, infectées secondairement, — impétiginisation, folliculites, etc. Les pulvérisations, les lotions, les cataplasmes, les enveloppements moites simples et médicamenteux que nous indiquerons plus loin (p. 137 à 154), parviennent en général, rapidement, à dégager l'élément extrinsèque. On fera enlever, pour les détruire, tous les linges, emplâtres, etc., quels qu'ils soient, qui ont, antérieurement, pris contact avec les surfaces malades, et qui, sous aucun prétexte, ne doivent être réappliqués. Le corps entier du malade et les surfaces eczématisées subiront un nettoyage aseptique complet, soit dans un bain, soit à l'aide de lotions localisées, simples ou savonneuses, et tout sera organisé pour que, à partir de ce moment, les applications soient aseptisées. Pendant ces opérations préliminaires, on prendra les mesures nécessaires pour soustraire aux surfaces eczématisées l'accès des microbes pyogènes, auxquels sont dues les complications les plus multipliées.

Pour des raisons analogues, c'est-à-dire pour éviter la contamination par les corps mobiles de l'atmosphère, non moins que pour soustraire les surfaces eczématisées à l'action irritante intrinsèque de l'air, les pansements doivent être occlusifs, et l'exposition des régions malades sera rendue aussi courte que possible pendant leur exécution.

Durant la période irritative, les surfaces et les régions eczématisées seront soumises au repos fonctionnel, à l'abri des traumatismes, dans la position convenable ; soustraites le plus complètement possible à la déclivité, et à toute attitude défavorable au fonctionnement des circulations locales ; pour les eczémas des membres, l'immobilisation et l'élévation constituent une condition absolue de rapidité dans la guérison.

D. — INDICATIONS LOCALES SELON LA PÉRIODE

Quelque variée que puisse être son évolution, l'eczéma a, généralement, une marche naturelle vers la guérison, que l'on peut, au point de vue des réactions thérapeutiques locales, diviser en trois périodes : *a*) une période primaire, initiale, aiguë, ascendante, pendant laquelle les lésions croissent en étendue ou en intensité, et quelquefois en étendue et en intensité ; *b*) une période consécutive, dans laquelle les altérations cessent de se développer en surface ou en profondeur, ou dans les deux directions à la fois ; cette période, quelquefois courte, est souvent fort longue, c'est la période d'état, interrompue ou non par des paroxysmes ; *c*) enfin, une troisième période, de déclin, de décroissance, de restauration à l'intégrité. A chacune de ces périodes appartiennent des indications particulières ; mais la règle, ainsi que nous le montrerons, comporte beaucoup d'exceptions.

E. — TOLÉRANCE INDIVIDUELLE

Dans tous les cas d'eczéma, quand on ignore quelle est la tolérance particulière du sujet aux divers agents de la médication externe ; si, en outre, on n'a pas une connaissance assurée de l'effet produit par ces agents médicamenteux, ou si l'on n'est pas parfaitement familiarisé avec leur dosage, il est *de prudence élémentaire* de n'avoir recours, d'abord, qu'aux pansements aseptiques anodins, calmants, émollients, antiphlogistiques, que nous exposerons tout à l'heure en détail.

Par exemple, si l'eczématisation est aiguë, très étendue : pansement sec, poudres inertes ; aiguë et localisée : pansements humides anodins, compresses d'eau bouillie, appliquées tièdes, ou enveloppement de mousseline aseptique imprégnée de liniment oléo-calcaire stérilisé ; s'il y a des croûtes : cataplasmes de fécule bouillie appliqués tièdes. Si l'eczéma est squameux, sec, lichénisé, psoriasiforme, etc., débuter par des applications analogues, ou par des pommades indifférentes, glycérolé d'amidon, vaseline, aleptine, cérat frais, cold-cream frais, etc., additionnées de 5 p. 100 d'oxyde blanc de zinc, ou de sous-nitrate de bismuth.

Pour n'avoir pas été dirigées de cette façon prudente, beaucoup de médications appliquées au traitement local de l'eczéma échouent, ou produisent une vive exacerbation de la lésion eczémateuse. De même qu'un grand nombre de gastropathies doivent une aggravation considérable aux ingestions médicamenteuses prescrites, il est, également, beaucoup de cas d'eczéma qui ne doivent leur grande extension, leur prolongation, ou leur très vive exacerbation qu'aux seules applications locales faites trop actives ou d'une manière prématurée.

Dans l'eczéma comme pour les affections de l'estomac, pour la blennorrhagie et le reste, le meilleur traitement est celui qui arrive à son heure. Même parmi les cas où l'eczématisation ne guérira que par les méthodes locales de réduction, de substitution, etc., il en est un bon nombre qui subiraient une exacerbation plus ou moins violente s'ils étaient ainsi traités *d'emblée* avant d'avoir subi l'action du traitement préparatoire, et il en est beaucoup qui guérissent par ce seul traitement.

F. — PRÉCAUTIONS SPÉCIALES AU PREMIER AGE

Ces préceptes sont, surtout, de règle absolue dans le traitement des eczémas de l'enfance.

Les bains de tout ordre ne doivent être donnés aux enfants

qu'avec une certaine parcimonie; dans la plupart des cas d'eczématisation suintante, et dans tous les cas d'eczématisation infectée, ils sont nuisibles, et de nature à propager et à multiplier les foyers. Les soins de propreté aseptique devront être réglés avec grande attention; les lavages, faits à l'aide du coton hydrophile, avec de l'eau bouillie employée tiède, simple, ou additionnée des divers agents qui seront indiqués plus loin, en débutant par les petites doses; puis la peau sera poudrée avec soin.

Une fois aseptisées, les surfaces eczématisées sont nettoyées, puis pansées avec des compresses moites, du linge fin, des emplâtres, etc., et toujours oblitérées, protégées contre le grattage et les inoculations secondaires. L'eczéma infantile se traite par les mêmes procédés que l'eczéma des autres âges, mais en apportant à ce traitement toutes les atténuations, les soins, la mesure, et les précautions minutieuses que réclament toutes les maladies de la première enfance.

G. — ANTIPRURIGINEUX LOCAUX

La recherche d'un antiprurigineux local est une des préoccupations premières et des plus naturelles; mais, en général, le meilleur antiprurigineux local pour un eczéma quel qu'il soit, et le plus sûr, est un pansement opportun bien conçu et bien exécuté. Assurément les analgésiants locaux non chimiquement irritants, tels que la morphine et la cocaïne isolées ou associées, etc., sont parfois applicables sans danger; mais ce ne peut être que pour un temps restreint, à des doses soigneusement mesurées, sur des surfaces limitées, telles que l'atmosphère conjonctivale, la vulve, l'anus, de petites eczématisations intertrigineuses, les fissures plicaturaires, etc. Sur la peau eczématisée et *ouverte* sur quelque étendue, on ne peut, sans danger, avoir recours aux doses actives; pour la première, et même pour la seconde enfance, la contre-indication est générale et absolue.

En dehors de certaines conditions primaires ou concomi-

tantes, telles que le prurit sénile inextinguible, par exemple, l'eczémateux dont la médication diathésique, la diététique et l'hygiène générales sont correctement réglées, et dont l'eczéma reste prurigineux n'a ordinairement pas été traité localement, ou par la voie interne, de la façon qui convient à son cas particulier, ou si la médication est conforme, son application a été probablement défectueuse. Traité correctement, asepsié, pansé selon les règles, l'eczéma, dans les conditions communes, devient plus ou moins rapidement aprurigineux.

Quelques exemples : *a*) chez un malade qui présente une eczématisation diffuse, on a épuisé, sans succès, toutes les médications locales, tous les antispasmodiques, analgésiants, et hypnotiques généraux ou locaux; mais on n'a pas pris garde qu'il s'agissait d'un glycosurique; aussitôt la constatation faite, et la disparition du sucre effectuée, non seulement le prurit tombe, mais, le plus souvent, l'eczématisation guérit avec rapidité. Avec moins d'éclat, mais avec autant de réalité dans l'action, réussissent les médications appropriées aux autres tares urinaires eczématogènes, ou provocatrices du prurit.

b) Voici, d'autre part, un malade dont on a bien réglé le traitement *général*, mais à qui l'on donne des bains à température élevée, réitérés, ou composés à contresens; on n'a ménagé ni les lotions hydrargyriques, ni les pommades célèbres; et cependant, l'eczématisation progresse sans cesse, et le prurit est excessif. Supprimez les bains, faites avec sobriété de simples lotions d'eau bouillie ou d'infusions émollientes, ou légèrement alcalines (voy. plus loin); ou pansez avec les poudres, ou employez correctement l'occlusion moite, l'occlusion caoutchoutée, et le prurit disparaîtra rapidement.

L'application des analgésiants locaux proprement dits reste donc toujours éventuelle ; elle est souvent sans effet, ou inexécutable ; c'est aux médications proprement dites en particulier, que se rattache le véritable traitement du prurit des eczémateux dont il a déjà été question plus haut, p. 108 à 112.

H. — CONTRE-INDICATIONS A L'EMPLOI D'UNE MÉDICATION LOCALE ACTIVE

Le plus ordinairement, même quand l'eczéma guérit par les procédés rapides, et les plus exclusivement externes, il ne se produit ni pendant la durée du traitement, ni à sa suite, aucune réaction viscérale ou autre que l'on puisse apprécier. Cependant, cette règle n'est pas absolue. Il peut arriver, en effet, qu'un foyer d'eczématisation constitue à l'égard d'une autre affection, distante ou voisine, une surface de dérivation ou de révulsion, et que les deux éléments morbides deviennent les termes alternants d'une maladie diathésique, ou d'une affection régionale cantonnée.

Dans le premier cas, à la suppression du champ émonctorial d'un eczéma suintant succède une affection suppléante ou supplémentaire ; dans le second, l'eczéma tari, reparaît une lésion régionale. Ces faits, quelle qu'en soit d'ailleurs la théorie, sont d'observation certaine ; la clinique les montre indéniables, et l'on ne saurait, sans s'exposer à des mécomptes quelquefois graves, les méconnaître en pratique. Voici, très sommairement, les circonstances principales dans lesquelles il y a lieu d'avoir ces notions présentes :

Chez les enfants du premier âge atteints d'eczéma de la face, du cuir chevelu, du tronc et des membres, si la vitalité est douteuse ; si l'on constate quelque état pathologique du cerveau, de l'appareil pulmonaire, du tube digestif, surtout dans la série athrepsique, la médication initiale doit être anodine, et simplement aseptique ; les parents doivent être informés de la nécessité de soumettre ces enfants à la surveillance médicale, et de procéder avec prudence.

Chez l'adulte, plus encore chez le vieillard, ainsi que chez tous les débiles, si l'eczéma est ancien, à rechutes ou à répétition, il faudra toujours déterminer le taux réel de la santé ordinaire, s'enquérir si, dans le passé, l'eczéma étant éteint,

il n'est pas survenu d'autre état pathologique, à son tour évanoui au moment du molimen eczématique récurrent.

Cette enquête sera plus particulièrement en situation chez les névropathes, les sujets à antécédents cérébraux, les mélancoliques alternants, les dyspeptiques et les gastralgiques neurasthénisés, hémorrhoïdaires, goutteux ; les asthmatiques, les catarrheux bronchitiques avec ou sans dilatation, les bronchitiques à tous les degrés, les cardiaques en déchéance, les pleuro-tuberculeux, ou les tuberculeux à foyers torpides ou éteints, etc. Dans tous ces cas, la médication anti-eczémateuse rapide est contre-indiquée ; elle sera exécutée provisoirement à l'aide de pansements simples aseptiques anodins, et accompagnée d'éliminations substitutives opérées par la peau, le rein, ou le tube digestif, conformément aux errements des anciens dermatologistes.

Chez les malades atteints d'insuffisance hépatique ou rénale, on se souviendra que le suintement vésicatorial d'un eczéma peut ne pas être inutile à titre d'émonctoire. Chez les très nombreux individus en état d'ataxie urinaire — hyperurie, hyperazoturie, hypoazoturie, hyperphosphaturie, etc. — le traitement local de l'eczéma devra être accompagné de soins nécessaires à la correction du trouble fonctionnel, lesquels serviront indirectement à la guérison inoffensive de l'eczématisation. Chez les vieillards, chez les femmes après la ménopause, même réserve thérapeutique en général, et surtout quand l'hérédité indique les cancers viscéraux comme maladie ultime familiale, etc., etc.

I. — NÉCESSITÉ DE LA DIRECTION EFFECTIVE DU TRAITEMENT EXTERNE PAR LE MÉDECIN

En terminant ces avis préliminaires, nous prenons grand soin d'inscrire les conseils pratiques suivants, que nous ne cessons de reproduire, à toute occasion, car ils touchent aux intérêts réciproques du malade et du médecin.

Le médecin ne doit accepter la responsabilité des résultats

à obtenir dans un cas d'eczéma que s'il est chargé d'en surveiller le traitement. Les premières applications, qu'il est toujours nécessaire de faire plus ou moins anodines, deviennent rapidement insuffisantes, et, seul, le médecin peut juger de l'opportunité qu'il y a à varier la médication et à élever les dosages médicamenteux selon les phases de l'évolution; le succès du traitement et la réputation du médecin sont à ce prix. Que dirait-on du médecin d'hôpital qui, ayant fait une première prescription à un eczémateux, n'en vérifierait pas l'application et ne la modifierait pas, au cours de l'évolution, comme il est toujours indispensable de le faire. Malades et médecins prennent trop à la légère le traitement des affections de la peau en général, et de l'eczéma en particulier; le devoir du praticien est d'éclairer le patient sur ce qu'il est nécessaire de faire, et son intérêt moral est ici conforme à son devoir. Le médecin attentif, étudiant réellement les indications de chaque cas particulier, en poursuivant l'application avec ténacité, réussira là où celui qui aura pris les choses à la légère aura grand risque d'échouer.

II

Médications externes.

A. — POUDRES

L'indication de couvrir de poudres diverses la surface entière du corps d'un eczémateux, ou seulement quelques régions, est fréquente, mais presque toujours éventuelle, épisodique, à terme limité. Dans les cas ambigus, dont le diagnostic ne peut être posé d'emblée, l'application des poudres constitue un pansement d'attente, et une protection efficace :

Voici un malade qui, après un malaise général, éprouve à la peau du prurit ou des sensations de brûlure, puis présente une érythrodermie diffuse, bientôt desquamant légèrement au col, à la face, aux plis antibrachiaux. Cela a les

allures d'un érythème desquamatif; cependant, en examinant le pli rétro-auriculaire, foyer essentiel d'eczématisation, on trouve une fissure légère, bordée d'exsudat concrété; l'eczéma exanthématique, aigu, généralisé, devient très probable. Mettez le malade au repos absolu, au régime lacté intégral; couvrez-le de poudre d'amidon, vous observerez encore quelques exacerbations de prurit et de rougeur, quelques menaces dans les grands plis; mais si on n'intervient pas autrement, si on n'a pas l'idée malencontreuse de donner un bain quelconque, tout peut en rester là. Or, l'année précédente, le même malade, ayant présenté des phénomènes initiaux semblables, a pris un bain chaud, fait des onctions avec « une pommade », et continué son régime ordinaire; en peu de jours la surface entière du corps s'est couverte de plaques d'eczéma suintant, dont la guérison a été longue à obtenir. Dans le cas où la maladie eût été un érythème desquamatif, et non un eczéma exanthématique, la conduite à suivre eût dû être la même pendant les phases initiales : régime lacté, poudre d'amidon, repos; et, à cette condition, il y eût eu quelques chances d'enrayer le processus.

C'est également par le pansement à l'aide des poudres qu'il faut intervenir, dès l'abord, pour les eczémas généralisés d'emblée, et qui, soit spontanément, soit plus souvent à la suite d'interventions inopportunes, ou prématurées, sont rapidement arrivés à la période vésiculeuse et suintante. L'étendue même des surfaces envahies, non moins que l'état général du malade, rendent peu exécutables, sans délai, les pansements humides ou huileux. A ces premiers cas conviennent les mélanges de poudre d'*amidon* et de poudre de *lycopode;* le poudrage sera complet, abondant, couvrant le drap de matelas, ainsi que le linge de corps, et les mousselines dont on va envelopper les membres.

Voici maintenant un malade qui, à la suite d'applications intempestives, présente des placards suintants, entourés de vastes nappes de dermite érythémateuse en voie d'eczématisation provoquée; le meilleur moyen de remettre les choses

au point, après avoir fait la toilette aseptique des surfaces malades et de leur atmosphère, est de les soumettre, pour un temps limité, au poudrage méthodique, lequel sert au moins à juger la situation réelle, dans le cas où le pansement précédent, quel qu'il soit, n'est pas favorable.

Quand une affection viscérale intercurrente ne permet pas d'avoir recours à des moyens actifs de traitement, tels que les enveloppements humides ou imperméables, par exemple, le poudrage constitue la ressource provisoire, applicable également dans les cas où les pommades, non tolérées, ont déterminé une vive irritation, souvent étendue au loin des foyers traités.

Dans la plupart des cas, surtout pour les grandes surfaces, les poudres de choix sont la poudre d'amidon, ou la poudre de *talc*, cette dernière, théoriquement supérieure; mais l'une ou l'autre convenant plus particulièrement à certains cas, et pour les mêmes occurrences, à certains malades; l'essai aura vite fixé ce point pour chaque cas. Les poudres de *mica*, d'*oxyde de zinc*, de *carbonate* et de *sous-nitrate de bismuth*, conviennent surtout pour les applications localisées. Toutes s'emploient pures; c'est seulement dans certains cas de suintement abondant fétide où il peut y avoir lieu de les mélanger à de la poudre de *camphre* — 1 p. 100; d'*acide borique*, — 1 à 3 p. 100.

Le plus habituellement, le poudrage doit être largement fait; il doit constituer un pansement *réel*, réitéré à courts intervalles; les surfaces poudrées protégées et pansées avec des mousselines ou des ouates neutres, ou du lint aseptique, poudrés; dans ce mode de pansement, la plupart des résultats défavorables sont dus à une faute de technique.

L'application se fait à l'aide de coton hydrophile simple faisant office de houppe, devant ne servir qu'une fois quand les surfaces sont humides, et n'être jamais ramené dans la boîte à poudre; on en prélève une certaine quantité pour chaque pansement; en un mot, *propreté aseptique* exacte.

Il est tout exceptionnel que l'on soit obligé de mettre le

patient *directement* entre des draps poudrés; d'ailleurs peu de malades y consentent, et nous les avons vus toujours préférer, avec raison, les enveloppements multiples, qui empêchent les contacts à nu des différentes parties eczématisées les unes contre les autres, ou le contact des surfaces saines avec celles qui ne le sont pas.

Dans les grands plis, dans toutes les surfaces de rapport, les parties malades sont en outre séparées les unes des autres par des bandelettes de *coton hydrophile* aseptique, soigneusement poudrées; leur renouvellement doit se faire toutes les fois où elles sont souillées, et où reparaissent les sensations de chaleur et de prurit; et leur emploi continué quelque temps après la guérison, constitue, en outre, un excellent moyen de prévenir les récidives.

Les poudrages et les pansements secs, surtout dans les périodes exsudatives profuses, et dans les régions en état d'eczématisation active, réclament les plus grands soins de détail : si les surfaces poudrées se couvrent de conglomérats croûteux, et si le pansement s'altère, faire les changements généraux ou partiels indispensables, ôter les mousselines, déblayer les agglomérats croûteux, et refaire tout le pansement au moins matin et soir.

Partout, et particulièrement pour les régions intertrigineuses, le pansement sec doit être précédé de lotions détersives appropriées (voy. plus bas, pp. 137 à 139). Chez les sujets atteints d'eczéma récidivant, l'usage régulier des poudres après les lotions est une mesure indispensable de prophylaxie.

Dans les plis de contact, à l'anus, à la vulve, au prépuce, à l'ombilic, etc., après lavage aseptique au coton hydrophile, pansements secs avec séparation ouatée des surfaces; amélioration généralement rapide, et action antiprurigineuse locale; le sous-nitrate de bismuth bien lavé et impalpable, convient particulièrement. Le *calomel* impalpable en très faible quantité s'applique aux petites surfaces, — prépuce, ombilic, pli rétro-auriculaire, commissure des lèvres ou des

paupières; au début, son action abortive est quelquefois très nette; contre-indication chez les intolérants du mercure, et surveillance nécessaire.

B. — LOTIONS. — PULVÉRISATIONS ET DOUCHES. — EAU FROIDE. — RÉFRIGÉRATION. — BAINS SIMPLES ET BAINS COMPOSÉS. — PRATIQUE HYDRO-MINÉRALE EXTERNE.

L'eau *aseptisée*, simple ou médicamenteuse, à des températures diverses et sous les formes les plus variées, — lotions, pulvérisations, douches, bains, etc., — a dans le traitement de l'eczéma une part considérable qui s'accroîtra encore quand on aura créé un enseignement pratique de la dermatothérapie sur le plus merveilleux champ d'étude qui soit au monde, l'hôpital Saint-Louis; mais sur ce point comme sur tant d'autres, nous n'en sommes qu'aux espérances.

1° Lotions.

Simples ou médicamenteuses, les *lotions* se font régulièrent quand on renouvelle les pansements; elles sont d'urgence si les régions eczématisées sont couvertes d'exsudats fibrineux, de croûtes, de résidus des pansements antérieurs. Avant de les pratiquer, on aura préparé toutes les pièces du nouveau pansement, afin que les surfaces eczématisées restent le moins longtemps possible exposées à l'action de l'air — règle générale et absolue.

Les lotions sont faites à l'aide de bourdonnets, ou de pinceaux, de coton hydrophile simple montés extemporanément sur des bâtonnets, étanchés, changés pour chaque région atteinte, et avec des liquides qui varient selon les indications suivantes :

A. — 1° Dans les périodes aiguës, irritatives, on emploie l'eau tiède simple, ayant bouilli récemment. — L'*eau de pluie*, les eaux onctueuses de *Plombières*, de *Schlangenbad*, de

Néris, etc., sont des types d'eaux sédatives, lénitives; elles doivent avoir été soumises à l'ébullition peu avant les pansements. La tradition indique l'emploi des eaux dites émollientes, infusions de fleurs de mauve, eau de graine de lin, etc.; leur qualité essentielle est d'avoir été bouillies.

2° Pour les formes prurigineuses, on utilise les lotions faiblement astringentes ou aromatiques, faites avec les *infusions de sureau*, de *camomille*, de *mélilot*, ou les *décoctions de racine d'aunée*, de *feuilles d'eucalyptus*, de *noyer*, etc.

3° Aux mêmes indications répondent les eaux faiblement alcalinisées contenant, pour 1 000 grammes, — 1 à 5 grammes de *salicylate* ou de *bicarbonate de soude*, 1 à 2 grammes de *bi-borate de soude* — 2 à 4 grammes de *boro-borate de soude* (mélange à parties égales d'acide borique et de biborate de soude).

Pour les formes suintantes prolongées, dans l'intervalle des pansements, quand l'asepsie a été établie, lotions astringentes un peu plus actives, graduées selon les cas et la tolérance individuelle, et toujours à faible dosage : solution de *tannin* de 1 à 5 p. 1000, d'*alun* dans les mêmes proportions; de *sous-acétate de plomb*, 5 à 25 grammes d'*eau blanche du Codex* ou d'*eau végéto-minérale du Formulaire des hôpitaux de Paris*[1], p. 500. Les solutions de *résorcine*, 1 à 10 grammes p. 1 000, l'eau *coaltarée* de 5 à 25 p. 1000, conviennent dans les mêmes circonstances; elles sont antiprurigineuses, antifermentescibles, résolutives.

4° Dans les eczémas sordides, les lotions seront faites avec de l'eau bouillie, additionnée d'*acide phénique*, de *phénosalyl* ou de *thymol*, — 1 à 2 p. 1 000; de l'*eau bioxydée* de Maiche[2] sur les surfaces limitées.

5° Soit à titre d'antiprurigineux, soit comme antibactériennes, soit empiriquement, les lotions mercurielles faibles

1. L'eau blanche du Codex est une solution à 1/50; l'eau végéto-minérale du Formulaire des hôpitaux de Paris a le même dosage.

2. L'eau bioxydée de Maiche contient seulement 2 1/2 vol. d'oxygène par litre; elle n'est pas caustique, et elle paraît arrêter toute culture.

faites avec des solutions de *sublimé* sans alcool[1], peuvent être utilisées avec précision; elles font, pour nous, partie du pansement proprement dit de presque tous les eczémas, quand on vient d'enlever les applications, et avant de les renouveler. Le titre des solutions varie : sur les surfaces *étendues*, et où l'état de l'épiderme rend l'absorption facile, nous employons les solutions à 1 p. 10 000.

℞	Eau bouillie	500 grammes.
	Sublimé.	0gr,05 centigr.

Dissolvez.

Sur les surfaces limitées, nous nous servons de la solution normale de van Swieten à 1 p. 1000, préparée sans alcool.

B. — Sur les surfaces d'eczématisation, pilaires ou non, couvertes de croûtes sèches, on emploie avec avantage les lotions *huileuses* faites au coton hydrophile, avec l'*huile d'olive stérilisée*, additionnée ou non de faibles quantités d'*acide salicylique* ou de *baume du Pérou*.

℞	Huile d'olive stérilisée	100 grammes.
	Baume du Pérou.	1 gramme.
	Acide salicylique	0,25 à 1 —

M. s. a.

Dans la *première enfance*, et dans tous les cas où la peau eczématisée est *extrêmement irritable*, nous faisons faire deux ou trois fois par jour, à l'aide de coton aseptique, des lotions douces avec du *liniment oléo-calcaire* stérilisé, additionné de 5 à 20 p. 100 de liqueur de van Swieten sans alcool, avant de panser avec les pommades anodines, ou les pâtes de zinc faiblement résorcinées, ou salicylées, ou soufrées, comme il sera indiqué plus loin.

1. Les solutions de sublimé sans alcool ont été recommandées pour les applications eczématothérapiques par Devergie, *Traité*, 1857, p. 88, 89.

2° Pulvérisations et douches.

A. — *Pulvérisations.* — *a*) Le traitement de l'eczéma par l'eau pulvérisée appliquée à la surface entière du corps a été tenté par Mathieu (de la Drôme), et expérimenté à l'hôpital Saint-Louis par Hardy. Le bain d'eau pulvérisée, « bain à l'hydrofère », était donné dans une boîte à bains, semblable à celle qui sert pour les fumigations et les sudations; la difficulté d'éviter le refroidissement dont se plaignaient vivement les malades, et le peu de certitude des résultats obtenus, ont amené l'abandon de ce mode de balnéation, auquel nous avons dû renoncer, nous-même, après enquête personnelle.

b) L'emploi utile, et applicable à la pratique courante, de l'eau pulvérisée, se fait à l'aide de la vapeur directe, ou de la pulvérisation par la vapeur. Le premier procédé peut être appliqué facilement dans les établissements spéciaux; mais le second est à la portée de tous, à l'aide des pulvérisateurs à vapeur — à lampe — qui abondent dans le commerce de la pharmacie.

c) Les douches d'eau pulvérisée par la vapeur, ce qu'on appelle communément les pulvérisations, devraient être d'un emploi régulier pour le traitement d'un grand nombre d'eczémas, où l'on néglige trop, dans la pratique générale, d'y avoir recours. Durée de cinq minutes à une demi-heure; température tiède; force variable selon l'état de la surface eczématisée, et selon la région occupée. Le pulvérisateur à lampe, de dimension grande ou moyenne, convient le plus ordinairement [1].

Les surfaces sur lesquelles doit être appliquée la pulvérisation sont présentées successivement au pinceau de vapeur,

1. On rappellera aux intéressés que les solutions médicamenteuses se mettent exclusivement dans le récipient destiné à cet usage, lequel, dans tous les cas, doit être garni de liquide; la bouilloire placée sur la lampe sera chargée d'eau venant de bouillir, et conservera toujours un espace libre au-dessus du liquide, de façon à éviter, si la lampe n'était pas bien réglée, la projection de gouttes brûlantes.

au point où la main a reconnu une température tiède, ou bien le pulvérisateur est déplacé de façon à agir successivement sur toute la surface. Dans les régions pilaires, quand les croûtes adhérentes sont intriquées dans les poils, on détache successivement les exsudats à l'aide d'un pinceau de coton hydrophile, au fur et à mesure qu'ils sont ramollis par la vapeur; on peut ainsi, sans couper les poils, procéder activement au traitement spécial de l'eczéma de ces régions.

d) Faites avec les liquides appropriés, déjà indiqués pour les lotions, les pulvérisations sont particulièrement et activement utilisables dans les eczémas prurigineux des orifices — eczémas orbiculaires.

e) Quand les surfaces d'eczématisation sont infectées secondairement, fétides, la pulvérisation tiède, médicamenteuse[1], remet rapidement les surfaces en état aseptique. Nous employons, le plus ordinairement, pour cet objet, les solutions faibles de *sublimé*, l'*eau coaltarée* additionnée, ou non, de très petites quantités de solutions d'*acide thymique* ou d'*acide phénique*, de *phénosalyl*, etc.

B. — *Douches*. — *a*) Sur de grandes surfaces, ou pour la totalité du corps, on peut utiliser, dans les établissements spéciaux, les *douches de vapeur simple* à température — à distance — *tiède*, et les bains de vapeur tiède. L'indication de ces bains et de ces douches se présente dans les eczémas secs, avec anidrose, xérodermie, état ichthyosique, ou quand ces moyens d'action sont, en même temps, réclamés à d'autres titres.

b) Dans l'eczéma commun, suintant, les *douches* ordinaires, *brisées* ou *en arrosoir*, à quelque température que ce soit, ne trouvent pas d'application; mais il n'en est plus de même dans quelques eczématisations mixtes, ou secondaires aux prurits éruptifs, ou aux prurigos; dans celles qui sont sèches hyperprurigineuses, avec insomnie prolongée, grat-

1. Rappelons que la chaudière placée sur la lampe ne doit recevoir que de l'eau simple; les substances médicamenteuses sont ajoutées à l'eau du récipient à médicaments. Pour un récipient contenant 100 grammes d'eau par exemple, on met en commençant une cuillerée ordinaire de liqueur de van Swieten, ou une cuillerée à café de coaltar saponiné.

tage continu, surtout quand la généralisation des lésions ne se prête ni à l'occlusion, ni aux pansements complets, ou enfin quand il s'agit de sujets hypernerveux. Dans la plupart des cas de cet ordre, on retire, quelquefois, un réel bénéfice de l'emploi des *douches brisées tempérées*, ou des *douches en arrosoir*, données doucement sur tout le corps, pendant deux à trois minutes, à la température de 35 à 37 degrés centigrades — réglée d'après les impressions perçues par le malade qui ne doit avoir que la sensation de l'eau tiède, et non de l'eau chaude ni froide — selon le procédé hydrothérapique si utilement adapté par L. Jacquet au traitement des prurits, éruptifs ou non.

3° Eau froide. — Réfrigération.

A. — *Eau froide.* — L'application de l'eau froide semble logique dans quelques formes localisées d'eczématisation irritable, hyperesthésique, hyperthermique; et, théoriquement, l'*irrigation* pourrait être considérée comme le meilleur moyen de répondre à l'indication réfrigérante.

Devergie[1] conseillait des irrigations d'abord tempérées puis froides, employées une ou deux fois par jour durant une heure à une heure et demie chaque fois, avec la restriction que cette médication n'était applicable que sur un membre par exemple, « dans la saison d'été, sur des personnes en bonne santé, et chez lesquelles on n'a pas à craindre l'influence d'une réfrigération » — traitement donc exceptionnel, et éventuel, qu'il appliquait, pour combattre l' « eczéma rubrum », pendant quelques jours, dans le but de ramener l'eczéma aigu à sa période stationnaire.

Ces conseils comportent de fortes réserves : ainsi que Kaposi l'a très exactement relevé, le refroidissement n'est pas seul à craindre, l'action de l'eau sur les parties circonvoisines — que l'on ne peut jamais protéger entièrement —

1. Alph. Devergie. — *Traité pratique des maladies de la peau*, Paris, 1857, p. 251.

détermine une épidermite qui étend bientôt la surface eczématisée hors de ses limites, et force à cesser l'irrigation, ou les enveloppements moites réfrigérés fréquemment.

Plus pratiquement il suffirait de faire l'enveloppement moite limité exactement aux surfaces malades, en laissant l'évaporation opérer la réfrigération, car si l'on recouvre les compresses moites d'un tissu imperméable, il est illusoire de croire que l'on fait un pansement froid. Le pansement froid, réel, réclame le renouvellement incessant des compresses, ou la libre évaporation sans pansement occlusif; il peut s'appliquer à quelques cas, mais les mécomptes et les incidents ne permettent pas de le généraliser.

B. — *Réfrigération.* — Kaposi emploie l'appareil réfrigérant de Leiter[1], dont l'application, inutile de le dire, rend nécessaire l'outillage spécial d'une maison dermatothérapique. Pour une application réalisable partout, il faudrait reproduire les pratiques de l'École thérapeutique française depuis Fourcault — 1840 — jusqu'aux procédés très perfectionnés employés en dernier lieu par Dumontpallier pour la réfrigération dans la fièvre typhoïde. Sous la forme la plus simple, on pourrait utiliser des sacs de caoutchouc analogues à ceux qui servent de caléfacteurs, et dans lesquels il ne serait pas très difficile d'établir un courant d'eau à température réglée; enfin les sacs de caoutchouc à réfrigération par la glace pourraient, à la rigueur, être utilisés localement, et avec la surveillance nécessaire, tout à fait au début, et pour essayer de réaliser une médication abortive.

4° Bains simples et bains composés.

Une réforme complète est à opérer dans les habitudes traditionnelles des médecins, en ce qui concerne la balnéation appliquée au traitement de l'eczéma. Les uns l'ordonnent à titre banal dans toutes les formes d'eczématisation,

1. L'appareil de Leiter consiste en un tube métallique extrêmement souple enroulé en cercle concentrique, qui peut s'ajuster sur différentes parties du corps, et dans lequel on entretient un courant d'eau à température réglée.

et à toutes les périodes, sans faire aucune prescription spéciale relative à la température, à la durée, aux conditions les plus élémentaires de l'asepsie, etc., pendant l'immersion et à sa suite. Les autres, ayant constaté les mauvais effets produits par le bain dans un grand nombre de cas, y ont renoncé purement et simplement, sans rechercher les causes des exacerbations ou des complications observées, lesquelles cependant ne résidaient pas toujours dans le bain lui-même, mais souvent dans les mauvaises conditions de son emploi.

A. — La prescription d'un bain destiné au traitement de l'eczéma doit comprendre l'indication de ses conditions nécessaires : — baignoire rigoureusement propre, eau non souillée, linges de vêtement immédiat et de pansement désinfectés ; avant la mise au bain, asepsie et oblitération des foyers pyogènes. Chez les enfants du premier âge, le bain banal, laissé à la discrétion d'un entourage dépourvu des notions de l'asepsie obligatoire, représente une des causes de la multiplication des foyers eczématiques, ou de la propagation des folliculites ; souvent il suffit de le supprimer pour voir tous les accidents se calmer.

A la sortie du bain, tout doit être disposé pour éviter le refroidissement du malade, et pour exécuter le pansement des surfaces eczématisées. Donnés avec ces précautions, et dans une pièce à température convenable, les bains peuvent être appliqués en toute saison au traitement des eczémateux ; pendant l'hiver, les mesures seront plus minutieuses en ce qui concerne la préservation contre les refroidissements, et l'examen des contre-indications pulmonaires ou cardiaques.

B. — *Température.* — La température du bain varie, selon la saison, l'état thermesthésique du sujet, le degré thermométrique du local où le bain est donné et selon le but thérapeutique poursuivi ; peu élevée au début, puis accrue graduellement jusqu'à fixation du point qui doit être maintenu un temps déterminé, il y a généralement lieu de la ramener au point initial avant la sortie de la baignoire, — début 32° C. à 35° C. ;

moyenne 35°; décours 32°, 30°. Pour *régler* la moyenne on tient compte des impressions du malade, non pas immédiates, mais de celles qui subsistent, la première minute écoulée.

C. — *Durée.* — Très variable, également, est la durée du bain, selon les indications à remplir. La première balnéation faite pour un malade en état d'eczématisation sordide, doit être courte : dix à quinze minutes suffisent pour l'imprégnation des exsudats, et le nettoyage général au savon des surfaces saines. Le bain d'un quart d'heure représente la moyenne applicable à la majorité des cas où l'immersion n'est qu'une lotion détersive généralisée ; une demi-heure suffit pour obtenir un effet sédatif ; les bains de trois quarts d'heure, d'une heure, ou davantage, visent une action éloignée hyposthénisante, ou hyperidrosiante, ou un effet local de macération superficielle et de décongestion profonde ; rarement le maintien d'une nappe eczématisée dans l'eau altère le processus kératoplastique, auquel l'immersion prolongée est régulièrement favorable.

Aux périodes de réparation, et dans les formes sèches, le bain peut être donné régulièrement long, dépassant une heure, — *bain long* — de une heure et demie, deux heures, trois heures ou davantage — *bain prolongé*, — par exemple dans les eczématisations généralisées intenses, et dans les grandes érythrodermies exfoliantes secondaires à l'eczéma.

Le bain prolongé peut être mis en usage partout ; quelques stations hydro-minérales le monopolisent, mais nos sources françaises lénitives comme Plombières, Néris, etc., etc., en bénéficieront au même titre, quand elles se seront mises en mesure d'en assurer l'exécution méthodique et médicale. La pratique du bain prolongé réclame la surveillance et la direction effectives du médecin qui doit en vérifier l'action, non seulement sur la peau, mais encore sur la circulation générale, et sur la température centrale ; régler le régime de soutien alimentaire indispensable à certains malades pendant sa durée ; prescrire, à la sortie du bain, la mise du malade dans la

situation horizontale, et le plus habituellement, le retour au lit avec séjour moyen d'une heure.

D. — *Bain simple.* — L'eau simple filtrée suffit dans la majorité des cas; les eaux pures de *Schlangenbad*, de *Plombières*, de *Néris*, d'*Évian*, etc., conviennent à merveille à tous les malades.

E. — *Bains émollients.* — Le son ou l'amidon, que l'on ajoute traditionnellement, et qui doivent toujours avoir été préalablement soumis à l'ébullition aqueuse, ont, quelquefois, des inconvénients consécutifs, la peau restant asséchée ou tendue.

Les bains préparés par décoction des espèces émollientes, de la graine de lin, etc., les bains gélatineux, réclament, pour être bien préparés, des soins particuliers; ils ne sont pas toujours exempts d'inconvénients semblables aux précédents.

BAIN AVEC LE SON

Son.	2 kilogrammes.
Eau bouillante	Q. s.

Ébullition pendant quinze minutes. Mélange à l'eau du bain après avoir passé.

BAIN AVEC L'AMIDON

Amidon en poudre.	500 à 1000 grammes.
Eau tiède	Q. s.

Faites à la main un lait d'amidon. Mêlez à l'eau du bain après avoir fait une seconde dilution dans l'eau qui vient de bouillir.

BAIN ÉMOLLIENT

Espèces émollientes [1]	2000 grammes.
Graines de lin.	250 —
Eau.	5000 —

Faites bouillir. Passez à travers un linge en exprimant fortement, puis mélangez à l'eau du bain.

BAIN GÉLATINEUX

Colle de Flandre concassée. 100 à 500 grammes.

Faites dissoudre à chaud après l'avoir hydratée et ajoutez à l'eau du bain :

BAIN GLYCÉRINÉ

Glycérine neutre.. . . . . 200 à 500 grammes.

1. Feuilles de mauve, guimauve, bouillon blanc, seneçon commun, pariétaires, āā : parties égales.

F. — *Bains alcalins.* — Il y aura souvent avantage à alcaliniser *faiblement* l'eau du bain avec le *carbonate*, le *bicarbonate* ou les *biborate* et *boro-borate de soude.* Pour obtenir l'alcalinisation constatée au papier de tournesol d'un bain de 200 litres, il faut 40 grammes de carbonate de soude ; 80 grammes de bicarbonate ; 100 grammes de biborate et 200 grammes de boro-borate de soude, chiffres calculés à notre demande par F. Vigier, pour l'eau de la Vanne, la plus abondante dans Paris.

Lorsque l'on donne un bain alcalin à un eczémateux, il faut préciser non seulement la substance que l'on veut employer, mais encore indiquer le dosage exact mesuré pour chaque cas. La dose de 250 grammes de carbonate de soude, par exemple, indiquée par le Codex, et donnée dans les établissements de bains, est beaucoup trop élevée pour être utilisée dans l'eczéma commun. Dans les cas où la couche cornée est altérée sur une grande surface, il n'y a pas lieu d'atteindre l'alcalinisation constatable au papier de tournesol. En ajoutant à un bain de 200 litres 200 grammes de glycérine et 25 à 50 grammes de bicarbonate ou de biborate ou 100 grammes de boro-borate de soude, on réalise un bain parfaitement bon pour la peau eczématisée ; si l'épiderme est ouvert sur un grand nombre de points, on abaisse encore les doses.

G. — *Bains avec le goudron.* — Aux formes sèches, chroniques, *psoriasiformes*, conviennent les *bains coaltarés*, 100 à 400 grammes de coaltar saponiné pour un bain de 200 litres, tels que nous les employons régulièrement dans le traitement du psoriasis ; la durée de ces bains doit être plus longue que dans les séries précédentes — de une demi-heure à une heure et demie.

Plus avancés dans la balnéothérapie de l'eczéma, plusieurs dermatologistes étrangers emploient les bains avec le *goudron*, ou plutôt les bains combinés avec l'emploi du goudron — aussi bien qu'avec d'autres applications énergiques diverses, — bien avant l'heure traditionnelle du décours et de la desquamation.

Voici, par exemple, la pratique de O. Lassar[1].

Le malade, mis dans un bain tiède, est savonné doucement; puis, chaque partie eczématisée, est onctionnée, autant que possible sous l'eau, avec le mélange suivant :

℞ Huile de hêtre.	} ââ	40 grammes.
Huile de cade		
Huile d'olive.	} ââ	10 grammes.
Alcool à 60°		

M. s. a.

D'après une expérience très étendue, O. Lassar affirme qu'il n'y a pas à se préoccuper de la résorption du goudron employé dans le bain, et qu'il n'a jamais constaté, dans l'urine, les plus petites traces de cette substance; il déclare que, sous l'action de ce mode de traitement, l'hyperémie, la tuméfaction, l'exsudation, le prurit, s'atténuent rapidement et disparaissent; chez les enfants, les femmes, les personnes à peau irritable et dans les régions comme les plis articulaires et le scrotum, en proportions variées selon les cas, on étend le goudron avec de l'huile. Après dix à quarante minutes, on savonne à nouveau le malade, puis on abaisse la température du bain de plusieurs degrés en ajoutant d'abord de l'eau tiède et ensuite peu à peu de l'eau froide. Quelques bains avec badigeonnage de goudron accélèrent la terminaison de la période irritative.

En fait, il y a dans cette pratique un mode thérapeutique utile à retenir, analogue à celui que nous avons mis en usage, ainsi que nous l'indiquerons, en *combinant* l'emploi des pommades, ou du goudron, avec les enveloppements moites. Ainsi envisagé, le bain n'apparaît plus, dans le traitement de l'eczéma, commme un élément banal, éventuel, négligeable, mais comme un moyen d'action modérateur, pouvant, par son *association* avec les applications intensives, permettre d'appliquer celles-ci de bonne heure, et d'en régler le point à l'aide du bain.

1. O. Lassar. — Ueber die Grundzüge der Eczem, *Behandlung, Dermatolog. Zeitschrift*, 1895, t. II, p. 566 et suiv.

De toutes façons, il est aisé d'entrevoir que les méthodes fatalistes et contemplatives du traitement éliminateur de l'eczéma ont fait leur temps et qu'il faut essayer de marcher en avant, en prenant médicalement en main le traitement actif et rapide de l'eczématisation. C'est dans cet esprit que, consentant enfin à traiter les affections de la peau comme les oculistes traitent les lésions de la conjonctive, les rhino-pharyngistes celles du nez et du pharyngo-larynx, la dermatothérapie entrera dans une voie nouvelle et certainement féconde.

H. — *Bains astringents.* — Dans ces conditions de direction médicale, et d'application surveillée, on pourra utiliser mieux, et plus souvent que par le passé. les bains médicamenteux, composés. Parmi les plus simples, et les plus faciles à exécuter, se placent d'abord, convenant à quelques eczématisations prolongées, très prurigineuses, etc., les bains de *sulfate d'alumine et de potasse*, de *tannin*, etc., toujours en commençant par des doses certainement inoffensives, élevées graduellement selon la tolérance et les résultats obtenus[1].

1. Dans sa maison de santé de Hambourg, Unna a mis en pratique ces bains, et, trouvant le tannin, employé seul, souvent insuffisant, il a eu recours au tannate de fer. On ajoute au bain, et l'on mélange ensemble dans l'eau, une cuillerée de solution concentrée de tannin et une cuillerée de solution également concentrée de sulfate de fer[1]. Le bain prend une teinte noirâtre d'encre diluée : avec un peu d'exercice, un « tour de main », on évite la précipitation du tannate de fer. Pour Unna, les indications de ces bains sont les érythrodermies prurigineuses, — prurigos, eczémas, maladie de Duhring, prurit simple, urticaires. Suivant les cas, les bains se donnent tous les jours, ou à intervalles pendant lesquels il emploie les poudres, pâtes, gélatines, etc. Ces bains sont *résolutifs* ou *sédatifs*.

Mais dans notre pays, où il n'y a pas, comme dans la plupart des capitales ou des premières villes d'Europe, d'établissements dermatothérapiques spéciaux, — grave lacune qui éloigne de Paris et dirige sur l'étranger un grand nombre de malades, — il serait difficile de mettre en pratique ces moyens d'action énergiques qui réclament la présence réelle du médecin et une compétence spéciale.

Il en va de même d'une série de pratiques balnéothérapiques mixtes, qu'il sera nécessaire d'instituer, et dans lesquelles le bain est appliqué, par un personnel expérimenté chargé de l'exécution de la totalité du traitement, coordonné dans une même direction, aux mains du médecin compétent. Ce sera l'œuvre de demain, et l'occasion d'une réforme dans notre routine, et dans nos mœurs thérapeutiques.

1. Autre formule : ajouter à une décoction de noix de galle concassée, moitié de son poids de sulfate de fer, c'est-à-dire pour 250 grammes de noix de galle, 125 grammes de sulfate de fer.

BAIN ALUMINO-POTASSIQUE

Eau.	200 litres.
Alun.	20 à 200 grammes.

Les bains de tannin ont été peu usités et on n'en trouve de trace dans aucun de nos formulaires. On pourrait les formuler ainsi :

BAIN DE TANNIN

Eau	200 litres.
Tannin.	20 à 200 grammes.

Dissolvez à part dans eau tiède Q. s. et ajoutez à l'eau du bain.

On peut encore employer une décoction de 100 à 500 grammes d'écorce de chêne, de saule ou d'orme, ou de 20 à 200 grammes de noix de galle dans eau Q. s. ; ajouter au bain.

5° Pratique hydro-minérale externe.

La balnéation médicamenteuse, même aux stations minérales fréquentées par les eczémateux, ne joue qu'un rôle de second ordre dans le traitement de l'eczéma en acte et en activité; elle s'applique surtout aux stades avancés et aux formes chroniques. Un grand nombre de stations hydro-minérales dont la nomenclature pourrait s'étendre considérablement peuvent réclamer le traitement externe de l'eczéma dans ces conditions; nous indiquerons celles où se rendent principalement les eczémateux, celles que les circonstances nous ont permis d'étudier d'une manière positive.

A.— *Royat* (Puy-de-Dôme).—Dans cette station appropriée aux eczémateux arthritiques, on utilise fréquemment les bains à faible température chez les sujets dont l'eczématisation est prurigineuse, sèche, fendillée, finement squameuse ou très médiocrement suintante; dans l'eczéma vulvo-anal, surtout chez les glycosuriques, etc. Pour les formes irritables, les bains sont mitigés, ou additionnés d'amidon, de gélatine, etc.

B.—*La Bourboule* (Puy-de-Dôme)[1].—L'application externe

1. L'usage de l'arsenic en solution dans les bains appliqués au traitement des

de l'eau arsenicale de La Bourboule — 0gr,028 d'arséniate de soude, ou 0gr,009 d'acide arsénieux par litre d'eau — est toujours délicate; elle doit être, dans la pratique, laissée à la direction personnelle des habiles médecins de la station. D'une manière très générale, on peut dire qu'il y a lieu d'y avoir recours, dans les formes d'eczéma sèches, chroniques, invétérées, rebelles, à la condition expresse que le malade ne soit pas sujet à des « poussées » violentes ou répétées; — dans quelques variétés subaiguës, à la période torpide, très légèrement exsudatives, et toujours alors, *limitées*.

Température, 33 à 35° centigr. L'eau est employée pure — source Choussy-Perrière, préalablement refroidie — ou additionnée d'eau de la source froide de Fenestre, 20 p. 100 environ. Durée, 15 minutes à une demi-heure, une heure, et jusqu'à quatre heures sur prescription spécifiée.

Les douches pulvérisées sont utilisées à la source, sur des surfaces limitées, particulièrement dans les régions pilaires.

C. — *Saint-Gervais* (Haute-Savoie). — Les eaux de Saint-Gervais — source Gontard, saline, et source du Torrent, sulfurée calcique — s'emploient à l'usage externe, en bains et en douches pulvérisées. Selon le mode d'emploi, la forme et la durée de la médication, l'action topique est sédative ou excitante substitutive; c'est dire qu'elle est tout entière dans la main du médecin traitant. Indication dans les formes rebelles, subaiguës, indéfiniment traversées par des exacerbations avec suintement; dans les formes localisées, rebelles, torpides, dans les variétés intertrigineuses, rebelles, ano-vulvaires en particulier. En résumé, action sédative des bains

eczémateux ou de l'eczématisation chronique est tombé en désuétude en dehors des stations hydro-arsenicales.

Le formulaire de l'hôpital Saint-Louis contient une formule de bain arsenical :

℞ Arséniate de soude.	2 à 10 grammes.
Eau.	200 litres.

Dissolvez.

mais l'application, en fait, ne s'y réalise pas.

de courte durée, substitutive des bains à longue durée; action spéciale sur quelques formes localisées.

D. — *Bagnères-de-Luchon* (Haute-Garonne). — Ces eaux sulfurées sodiques s'appliquent au traitement des eczémateux à l'état subaigu ou chronique, particulièrement dans les formes humides, séborrhéiques. Les bains se donnent généralement avec l'eau des sources Ferras et Blanche[1], blanchissantes[2], onctueuses au toucher; bains sédatifs, réglés selon chaque cas. Les douches pulvérisées, très employées — source de la Reine, 55° centigr.; 0gr,05 de monosulfure de sodium — visent surtout les eczématisations localisées aux mains, aux pieds, au scrotum, à la vulve, au cuir chevelu, etc.; elles sont données à une température variable de 30 à 42° centigr.

E. — *Uriage* (Isère). — Eaux sulfurées sodiques chlorurées, à action essentiellement diathésique, et cependant largement utilisées dans le traitement direct et local de l'eczématisation, à titre résolutif, antiprurigineux, tonique et astringent.

On les emploie en lotions fréquentes ou en pansements moites localisés.

Les bains généraux, seulement mitigés pour les malades dont la peau est très irritable; durée variable de trente à quarante minutes; température de 34° à 35° centigr.

Les douches, en arrosoir, sont en général tièdes, 35° centigr.; durée deux à trois minutes, action antiprurigineuse. Très fréquemment, emploi des pulvérisations dans les eczématisations *localisées*, principalement au cuir chevelu, au visage, aux paupières, aux narines, aux mains et aux pieds; action astringente et résolutive; durée des pulvérisations de trente à quarante-cinq minutes, suivant l'intensité et la profondeur des lésions cutanées.

F. — *Challes* (Savoie). — Eaux bromo-iodurées, applicables

1. Source Ferras; 37° C. 0,01 de monosulfure de sodium.
Source Blanche, 38° C. 0,03 de monosulfure.

2. Le phénomène du blanchiment est dû au soufre isolé, mélangé aux hyposulfites acquis, et aux débris de la sulfuraire (sulfurine).

à l'usage externe, à la réduction d'eczématisations localisées ou généralisées, étendues, plutôt humides que sèches. Pansements moites d'eau de Challes pure ou coupée d'eau simple en proportions réglées par l'état de l'eczématisation et par la tolérance du malade; même mesure pour les bains — en moyenne à 35° centigr. et de courte durée, quinze à vingt-cinq minutes. Douches pulvérisées par la vapeur visant l'action sédative et résolutive, une ou deux fois par vingt-quatre heures; durée proportionnée à l'étendue et à la profondeur de la lésion — de quinze à soixante minutes. Dans les eczémas généralisés l'activité est réglée surtout d'après la profondeur de l'eczématisation. Avec le plus grand sens pratique, on poursuit à Challes la guérison des placards initiaux, ou des reliquats.

G. — *Saint-Christau* (Basses-Pyrénées). — Eaux ferro-cuivreuses appliquées au traitement particulier des formes d'eczéma rebelle, en applications moites souvent renouvelées, en bains tempérés, de courte durée, quinze à trente minutes, en douches pulvérisées très fines, en douches locales en arrosoir. Elles conviennent aux formes absolument chroniques, variqueuses, papillomateuses, acnéiques, séborrhéiques, à celles qui sont localisées aux paupières, aux narines, aux oreilles, au périnée, à l'anus. Les douches pulvérisées, s'appliquent à ces diverses déterminations; les douches localisées en arrosoir, tièdes, sans force, prolongées, conviennent aux formes sèches prurigineuses, locales ou générales.

H. — *Loëche-les-Bains* (Valais). — Eaux hypèrthermales, sulfatées calciques faibles; agent curatif principal, le bain prolongé; application aux formes d'eczéma en activité de suintement, anciennes, rebelles, interminables.

Mode curatif faiblement substitutif, sous l'action excitante probablement électro-chimique de la « poussée ». Par un phénomène en apparence paradoxal, mais très facile à comprendre, les mêmes eaux, administrées dans un but contraire, avec la thermalité et le séjour dans le bain convenables, peuvent servir, à titre de contre-irritant ou de ré-

vulsif, dans les cas où on chercherait à rétablir à la peau des eczématisations disparues, et à la délitescence desquelles on serait autorisé à rapporter des perturbations viscérales du type alternant ou successif.

I. — *Schlangenbad* (Nassau). — *Plombières* (Vosges). — *Néris* (Allier). — *Évian* (Haute-Savoie). — Ces eaux représentent une série applicable au traitement des eczématisations irritables, auxquelles sont indispensables les eaux douces à la peau, et dans lesquelles de bonnes installations balnéaires, la présence de médecins compétents permettent d'appliquer, à des malades délivrés de leurs occupations et de leur vie habituelle, une médication antispasmodique générale et locale. Ajoutons qu'à Plombières et à Évian, par exemple, diverses indications diathésiques propres aux eczémateux peuvent être utilement remplies, et que l'envoi d'une catégorie de ces malades à ces eaux, et aux analogues, sera légitime quand on sera assuré d'y rencontrer une pratique balnéaire appropriée à la dermatothérapie, sans en excepter le bain prolongé.

C. — CATAPLASMES

Bien que les cataplasmes puissent être et aient été, dans beaucoup de cas, remplacés sans inconvénients par les enveloppements imperméables indirects ou directs, il n'en est pas moins vrai qu'ils rendent encore beaucoup de services, et répondent à des indications particulières. Aujourd'hui où l'on sait faire des cataplasmes propres, et même aseptiques, la plupart des reproches appliqués autrefois à ce mode de pansement ne touchent plus que ceux qui les appliquent mal.

Toutes les fois où l'eczéma est *limité*, et que les surfaces eczématisées, soit par le fait d'applications antérieures inopportunes, de traumatismes, etc., soit pour toute autre cause, ou spontanément, ce qui est beaucoup plus rare, sont vivement irritées, avec lésions de dermite périphérique, très prurigineuses, douloureuses, irritables, le cataplasme tiède, convenablement fait, appliqué et renouvelé comme il est nécessaire,

constitue le meilleur pansement pour une période provisoire, éventuellement jusqu'à guérison. C'est le protecteur par excellence, le bain local permanent, que rien ne peut remplacer au moment déterminé, et à la période précise que nous avons indiqués. Il doit être aussi souple, aussi léger, aussi peu épais que possible; on l'applique tiède; renouvelé toutes les trois, quatre, cinq ou six heures, suivant l'état d'irritation des tissus, leur degré de sensibilité, la quantité de l'exsudation, et la sensation de soulagement, ou le retour des démangeaisons, de la douleur, etc.

Les dimensions du cataplasme doivent être rigoureusement déterminées par celles de la surface eczématisée, sous peine de voir les liquides exsudés, étalés à la surface saine ambiante, devenir une cause d'irritation eczématisante, sinon d'auto-inoculation. La règle, d'ailleurs, s'applique à tous les pansements de l'eczéma quel qu'il soit, et quels qu'ils soient, tantôt pour préserver les parties voisines du contact des excrétions eczématiques, tantôt pour limiter l'action des agents thérapeutiques aux surfaces eczématisées.

Le cataplasme qui convient à l'eczéma aigu, irritable et irrité, est le cataplasme de fécule de pommes de terre, bouilli, pâteux, ni trop liquide, ni trop compact. Après un peu d'hésitation dans les premières préparations, on arrive très vite au tour de main nécessaire : une cuillerée de fécule environ est délayée dans la valeur de deux verres d'eau froide, mise sur le feu dans un récipient approprié, remué jusqu'à ébullition bien établie, retirée, et remuée encore quelques instants. On peut aussi délayer la fécule dans la moitié du liquide froid, ajouter, en tournant, l'autre moitié bouillante, puis mettre sur le feu pour établir l'ébullition complète, retirer et agiter comme précédemment. Dans tous les cas, l'ébullition réelle est nécessaire, non seulement à la bonne consistance du cataplasme, mais à son asepsie et à son action émolliente. Il serait beaucoup plus aisé d'exécuter les cataplasmes avec les farines de graine de lin, mais leur extrême altérabilité les rend peu propices au pansement des

lésions cutanées *ouvertes;* très souvent, la peau eczématisée ne tolère même pas les farines déshuilées qui, fraîchement préparées, sont aussi peu irritantes que possible. Si les lésions sont bien localisées, à une jambe par exemple, comme cela arrive si souvent pour l'eczéma variqueux, on peut faire d'excellents cataplasmes, toujours par ébullition, de parties égales de fécule et de farine de graine de lin déshuilée, fraîchement préparée.

Une fois à point, la pâte est étendue dans des *mousselines aseptisées neutres*, ou, si l'on veut faire plus économiquement, dans des mousselines à cataplasme ordinaires, *préalablement bouillies* et taillées d'avance, de la dimension nécessaire à la fabrication du cataplasme *mesuré exactement* sur la forme et sur la dimension du placard eczémateux.

Pour les cas où la fabrication du cataplasme est difficile à remplir pour une raison quelconque, on peut faire des pansements très simplifiés, et très satisfaisants, à l'aide de mousselines aseptiques imprégnées, d'avance, d'amidon et de gomme adragante, ou d'amidon seulement, dans lesquelles on taille des pièces de la dimension des placards eczémateux, et que l'on humidifie rapidement avec de l'eau tiède ayant bouilli, légèrement glycérinée. On trouve aujourd'hui, dans le commerce de la pharmacie, soit ces mousselines amidonnées qui conviennent aux grandes surfaces, soit des cataplasmes extemporanés, ces derniers surtout utiles et pratiques pour les surfaces limitées.

Quand les mousselines sont neutres, ou qu'elles ont subi l'ébullition, quand les cataplasmes ont été également préparés, comme nous l'avons dit, par ébullition, plusieurs heures d'application sur une surface eczématisée peuvent se passer sans qu'il se développe aucune fermentation acide, et sans que le cataplasme « aigrisse ». Quand on ne peut pas renouveler le pansement très fréquemment, ou quand le prurit reparaît avant les délais dans lesquels on peut faire le renouvellement, on peut retarder l'altération du cataplasme en ajoutant à l'eau d'ébullition 20 p. 100 d'*eau de chaux*

normale, 2 à 5 p. 1000 de *bicarbonate de soude* ou de *boro-borate de soude*.

Avant l'application du cataplasme, on a pris soin de nettoyer aseptiquement la peau *alentour* de la surface eczématisée, et, au besoin, de déblayer le champ d'eczématisation par une lotion faite au coton hydrophile avec un liquide approprié, comme nous l'avons indiqué à propos des lotions et des pansements secs. Souvent, il sera bon de faire, alentour, une onction légère avec un peu de *pâte de zinc*, ou de poudrer avec l'*amidon*, ou le *sous-nitrate de bismuth* impalpable, protecteur excellent, quelquefois même d'établir alentour une zone protégée par une couche de *colle à l'oxyde de zinc*.

Quel qu'il soit, une fois placé, le cataplasme doit être recouvert d'une feuille imperméable, gutta-percha laminée fixe, exactement de la dimension du cataplasme, *et n'empiétant pas sur la peau saine*. Faute de prendre ces soins, on est exposé, chez certains sujets, à voir se développer, sur la surface de contact, une eczématisation aiguë qui élargit plus ou moins considérablement le champ pathologique. Par-dessus l'imperméable qui a pour but de maintenir le cataplasme moite, on met un peu de coton hydrophile, et le tout est maintenu avec des bandes de mousseline, ou des bandages s'il s'agit du corps, ou des compresses en appareil de Scultet, si l'eczéma a son siège aux membres inférieurs, etc. Tout cela est minutieux; mais le médecin qui veut traiter l'eczéma ne doit pas craindre de descendre aux minuties.

D. — OCCLUSION IMPERMÉABLE MÉDIATE OU PANSEMENTS MOITES, SIMPLES ET COMPOSÉS

L'emmaillotement humide, simple ou médicamenteux, que nous avons institué comme méthode de traitement applicable à une phase spéciale d'un grand nombre d'eczémas, est d'un réel secours en eczématothérapie. Si l'étendue des surfaces est considérable, ou quand les indications de l'emploi du

cataplasme ne sont pas absolues, ou quand l'amélioration que l'on en attendait est réalisée, l'indication des pansements moites est établie.

1° On taille dans du *lint* aseptique neutre, ou dans des mousselines aseptiques, ou dans des tarlatanes désempesées et aseptisées dans l'eau bouillante, des pièces de la forme et de la dimension exactes des surfaces malades; s'il s'agit de *lint*, une ou deux épaisseurs suffisent; trois à six si l'on emploie les mousselines ou les tarlatanes, et on dispose les pièces ainsi préparées sur une table propre, ou garnie de linge *aseptique*; là, on les imbibe sur place, à la main, *à plat*, avec l'un des liquides indiqués plus haut. (Voyez Lotions, p. 137 à 139.)

Pour les cas où ces liquides ne sont pas tolérés, dans les formes phlycténoïdes, bulleuses, analogues aux vésications ou à la brûlure, le pansement classique des brûlures à l'aide du *liniment oléo-calcaire du Codex, stérilisé*, peut être appliqué provisoirement avec avantage, ainsi qu'à tous les cas d'eczéma étendus, hyperesthésiques, irritables, compliqués de dermite périphérique, ou aux cas d'eczéma localisé du même type. Les surfaces malades sont enveloppées de gaze souple, imprégnée du liniment, puis d'une couche de la même mousseline imprégnée d'eau bouillie, garnies de baudruche de caoutchouc, puis d'une couche d'ouate aseptique et d'une bande de gaze : c'est un pansement temporaire de protection ou d'attente. Le renouvellement se fait de deux à quatre fois par vingt-quatre heures, selon l'altérabilité des pièces de pansement.

2° Une fois imbibés d'eau bouillie, des solutions médicamenteuses, du liniment oléo-calcaire, les lots de compresses de mousseline, ou les pièces de *lint* aseptique, sont *étanchés* par pression à plat à l'aide de linges aseptiques, puis appliqués tièdes sur les surfaces malades, exactement comme s'il s'agissait d'un cataplasme. Par-dessus, on place, *taillés exactement de la dimension des compresses, et ne les dépassant jamais*, des morceaux d'imperméable fin, puis une couche de coton hydrophile, et le tout est maintenu soigneusement

et aseptiquement comme nous l'avons indiqué pour le cataplasme. Mêmes soins dans le détail des pansements, mêmes précautions de tenir l'atmosphère cutanée des surfaces malades protégée contre tout contact avec le liquide pathologique, et incessamment surveillée. Le précepte sur lequel nous insistons de tenir en réserve, hors de l'enveloppement moite, les parties du tégument restées intactes est facile à mettre en pratique quand il n'existe qu'un grand placard eczémateux, ou qu'il y a plusieurs foyers bien limités; mais il ne peut être réalisé facilement quand de nombreux éléments eczématiques de petite dimension couvrent un membre ou une portion de membre. Force est alors de comprendre dans l'enveloppement humide plus ou moins de tégument sain; on atténuera l'inconvénient qui en résulte en renouvelant souvent les pièces de pansement, en nettoyant à chaque pansement les points non eczématisés, et en les protégeant au besoin avec les poudres et les pommades anodines, les gélatines, etc., comme nous l'avons indiqué pour les cataplasmes.

Sur les parties couvertes des membres, l'enveloppement moite peut être exécuté de nuit, à l'aide de compresses de mousseline, de jour et comme pansement ambulatoire à l'aide de compresses de *lint* aseptique neutre, exactement limitées avec soin aux surfaces malades, bien étanchées, recouvertes de baudruche caoutchoutée selon les préceptes exacts que nous avons formulés plus haut. On peut encore alterner leur emploi entre le jour et la nuit avec les autres pansements appropriés.

En moyenne, le pansement se fait toutes les quatre, six ou huit heures, selon l'état des surfaces, le retour du prurit, et l'altération *corrélative* des liquides employés. Dans ce dernier cas, on abandonne les infusions ou décoctions, et l'on se sert exclusivement d'eau *bouillie* ou de solutions *phénosalylées* — 1 à 2 p. 1000, bicarbonatées, boro-boratées, salicylées — *bicarbonate, salicylate* et *boro-borate de soude*, 1 à 3 p. 1000; avec ou sans addition de 5 à 25 grammes de glycérine, etc.

3° Il est des cas dans lesquels, comme le cataplasme, l'occlusion moite, *aseptique*, ou *antiseptique* suffit à mener l'eczématisation à guérison dans un espace de temps court; mais en général ce procédé est un mode *temporaire* de traitement, et sa durée se mesure exactement à la durée de la phase aiguë, irritative. Aussitôt que l'état restant stationnaire — en état de kératolyse immobile, sans progrès du processus kératoplastique — l'indication a cessé d'exister, et le moment est venu soit de modifier la nature de l'enveloppement, soit de le faire intermittent, en associant l'une ou l'autre des médications qui marquent la gamme ascendante, soit de le supprimer.

A. — Pour les surfaces peu étendues, restreintes, l'indication est fréquente des pansements moites alternants, des enveloppements temporaires, pratiqués avec des compresses de mousseline ou de lint moites de solution de *sublimé* sans alcool à 1 p. 10 000, 1 p. 2 000, et même 1 p. 1 000[1].

B. — Dans les périodes, ou dans les formes subaiguës, quand le « catarrhe » prédomine ou persiste, naît l'indication des astringents substitutifs. Les solutions destinées aux pansements astringents moites doivent être faibles au début : décoctions de *feuilles de noyer*, solutions de *tannin*, de 1 à 5 p. 1000 : de *résorcine*, 2 à 10 p. 1000, graduées et surveillées dans l'application; les solutions résorcinées généralement bien tolérées, sont particulièrement antiprurigineuses et applicables aux eczématisations secondaires, irritées, infectées.

C. — Pour les eczématisations limitées à un membre infé-

1. Devergie, *Traité cité*, p. 88-89, qui faisait des pansements moites avec des solutions dosées de 1 p. 3000 à 1 p. 1500, recommandait de laver très soigneusement et complètement, chaque jour, les compresses pour qu'il n'y ait pas, l'eau s'évaporant, accumulation de sublimé. Il suffit aujourd'hui, où l'on a appliqué les procédés aseptiques aux pansements dermatologiques, de ne faire servir qu'une fois les compresses de tarlatane qui sont appliquées moites, étanches. — Audry, *Mémoire cité*, p. 789, aux lésions d'eczéma séborrhéique secondairement infectées, franchement exsudatives ou accompagnées de suppuration, applique l'enveloppement humide avec des solutions à 1 p. 1500 et 1 p. 1000, et il l'a trouvé « admirablement toléré ». On n'oubliera pas, cependant, à quel degré certains sujets ont l'intolérance mercurielle, et ces pansements sont toujours à surveiller et jamais à abandonner à la discrétion des malades.

rieur par exemple, à une région de la face, etc, les solutions astringentes substitutives employées en pansements moites trouvent une application bien précisée dans toutes les formes rebelles, même si elles restent irritatives. Leur indication se présente, de bonne heure, quand l'eczématisation, en certaines régions, reste douloureuse, abondamment exsudative, telle qu'on l'observe à la suite d'applications prématurées ou trop fortes, de *goudron*, d'*huile de cade*, de pommades diverses, etc.

L'*eau blanche du Codex*[1], diluée, très employée dans la médecine populaire, peut être utilisée dans ces cas, sur les surfaces peu étendues, en applications moites étanches — 5 à 25 p. 1000 d'eau bouillie; mais la réalité ne justifie pas toujours la confiance traditionnelle.

D. — Dans les formes décidément rebelles, à rechutes réitérées sur place, dans les variétés torpides régionales, — cuir chevelu, fractions de membres, etc., — on réussit quelquefois, si le moment est choisi avec opportunité, avec les astringents substitutifs du type de ceux qui sont usités en ophtalmologie — *sulfates de zinc et de cuivre*, isolés ou réunis. Le sulfate de zinc, à la dose de 0gr,10 à 1 p. 500, le sulfate de cuivre à la dose de 0gr,05 à 0gr,40 pour 500[2], plus, ou moins, et progressivement, selon l'étendue des surfaces, et selon la tolérance.

1. L'eau blanche du *Codex* est une solution à 1 de sous-acétate de plomb liquide p. 50 d'eau commune.

2. A plusieurs reprises depuis vingt-cinq ans nous avons employé le sulfate de cuivre dans le traitement de l'eczématisation, mais avec des résultats partiels et inégaux. Dans ces dernières années, à l'exemple de Sabouraud, nous avons repris l'emploi simultané des sulfates de cuivre et de zinc, à l'aide de la solution connue sous le nom d'*eau d'Alibour*, employée très anciennement ne applications vulnéraires et en collyres, selon une formule qui varie dans les différentes pharmacopées. La formule usitée à l'hôpital-Saint-Louis, où elle a été importée ou réimportée par Vidal et par Sabouraud, est la suivante :

℞	Sulfate de zinc.	7 grammes.
	Sulfate de cuivre.	2 —
	Camphre.	1 —
	Safran.	0 gr. 40
	Eau	200 grammes.

L'eau d'Alibour s'emploie *diluée* selon la tolérance et selon l'étendue des surfaces, de 2 à 25 p. 100.

E. — Dans les cas de tuméfaction œdémateuse considérable, avec prurit très intense et sécrétion abondante de la peau eczémateuse, ou de paroxysmes eczématiques récidivant avec persistance, notamment si l'exacerbation s'est produite secondairement à l'application de topiques gras, Kaposi met en usage des compresses imprégnées d'eau commune additionnée, en proportions variables, de *liqueur — alunée et saturnine — de Burow*[1].

E. — OCCLUSION IMPERMÉABLE IMMÉDIATE

Les imperméables, au lieu d'être placés sur les pansements moites, peuvent être appliqués directement sur les surfaces eczématisées selon la méthode de Colson (de Beauvais) importée à l'hôpital Saint-Louis par Hardy[2] et à Vienne

1. Voici la composition de la liqueur de Burow, employée par Kaposi :

℞ Acétate de plomb cristallisé. . . .	100 grammes.
Faites dissoudre dans :	
Eau distillée	300 grammes.
Mêlez avec :	
Alun.	66 grammes.
Sulfate de potasse.	12 —
Dissous dans :	
Eau distillée	500 grammes.

F. s. a.

Laissez reposer à une température au-dessous de 10° R. Le plomb se dépose au fond du vase à l'état de poudre insoluble. Le sulfate d'alumine et de potasse représente la partie active astringente; le plomb agit comme poudre inerte, ou légèrement astringente.

La liqueur de Burow contient de 7,5 à 8 p. 100 d'*acétate d'alumine;* il faut donc la considérer comme une liqueur *mère,* dont 5 grammes représentent environ 0gr,40 d'acétate d'alumine — 5 grammes de liqueur de Burow p. 100 d'eau bouillie constituent une *dose de début,* que l'on élèvera progressivement, s'il y a lieu, selon la tolérance, l'étendue des surfaces, et les résultats obtenus.

2. Dès 1855, Colson avait commencé à se servir de la toile de caoutchouc dans le traitement de l'eczéma; c'est seulement en 1869, longtemps après avoir communiqué à Hardy le résultat de ses premières observations, qu'il publia son travail. (De l'emploi de la toile de caoutchouc vulcanisé dans les maladies dartreuses. *Gazette des hôpitaux de Paris,* 1869, p. 89.) La même année, Hebra

par Hebra, qui l'avait vue en pratique dans le service de Hardy. Lailler mit le procédé au point, et l'appliqua en grand, selon des indications précises[1]. Nous-même, il y a plus de vingt ans, avons publié sur la question un mémoire étendu[2],

publia le résultat de son expérimentation dans le premier article du premier numéro de la première année des *Archiv fur Dermatologie und Syphilis*, p. 1, sous le titre de Ueber die Verwendung des Kautschuks bei der Behandlung von Hautkrankheiten.

1. Voici les indications données par LAILLER : « A moins d'un état suraigu, avec fièvre intense, on obtient de bons résultats de l'usage permanent d'un vêtement de caoutchouc *nettoyé de une à quatre fois dans les vingt-quatre heures, suivant l'intensité du suintement toujours très abondant les premiers jours.*

Ne pas s'effrayer de cette abondance du suintement ni de son odeur désagréable, *qui diminuent assez rapidement au bout de quelques jours.* Quand il n'y a presque plus de suintement; que la peau est moins rouge; et qu'arrive la période squameuse, ne plus continuer l'usage du caoutchouc que la nuit. » — Le traitement de l'eczéma à l'hôpital Saint-Louis. *Semaine médicale,* janvier 1892.

2. Voici, de notre travail, qui paraît avoir été oublié, un court fragment reproduit textuellement, et qui, nous l'espérons, sera lu par ceux que la question peut intéresser. « III. EFFETS IMMÉDIATS DE L'ENVELOPPEMENT IMPERMÉABLE : — Je m'abstiendrai soigneusement de proposer aucune *théorie* sur le mode d'action de l'emmaillottement imperméable ; nous ignorons trop de choses sur la physiologie normale de la peau et sur les troubles de fonctionnement qu'elle subit dans l'état pathologique pour qu'il y ait lieu à ample spéculation. Il suffit de se représenter qu'il s'agit ici d'un mode d'action *très complexe,* dans lequel l'occlusion, l'uniformité de température, l'accumulation des liquides à la surface de la peau, *l'hypersécrétion cutanée* et, dans certains cas, peut-être quelque action chimique liée à la nature du tissu employé, peuvent intervenir. En fait, la surface enveloppée se trouve, pendant la durée du pansement, soumise à un bain prolongé à la température du corps, dont la sécrétion cutanée, la perspiration sudorale notamment, fait les frais principaux; *il semble bien, en outre, que l'exhalation de la peau n'est pas seulement accumulée par le fait de l'occlusion imperméable, mais qu'elle se produit en quantité surabondante : d'où il est permis de supposer qu'il se réalise un* DÉGORGEMENT *réel, une* DÉFLUXION *de la partie malade.* D'autre part, *la soustraction du contact renouvelé de l'air,* du frottement des vêtements ou du lit, continue encore à produire le *soulagement si remarquable éprouvé par les prurigineux en général, et qui constitue un des résultats les plus remarquables de ce mode de traitement.* Quant à l'action spéciale et directe de l'élément sulfureux sur la lésion cutanée, dans le cas où on se sert de toile vulcanisée, sans la nier absolument, j'y attache peu d'importance ; lorsque le tissu a subi de très nombreux lavages, et qu'il est aussi complètement mondé que possible, tant qu'il reste imperméable, le mode d'action qui lui appartient ne m'a jamais paru atténué ou changé, et dans la pratique urbaine, chez quelques sujets préférant l'usage du taffetas verni simple, le résultat m'a paru tout aussi satisfaisant, aussi bien d'ailleurs qu'avec les diverses formes de tissus imperméables souples et très fins que produit aujourd'hui l'industrie. Il faut avoir soin seulement, dans les cas où le tissu employé est très léger, de le recouvrir extérieurement dans toute sa

et en dernier lieu, Tenneson[1] a repris l'étude du pansement de Colson avec le plus grand soin.

1° Le mode d'action de l'enveloppement imperméable direct est complexe et ne saurait être exprimé par une formule absolue : *a*) l'augmentation et le maintien, sous l'enveloppement, de l'exhalation glomérulaire, et vague, de la surface entourée établit une balnéation permanente comparable à celle de l'enveloppement moite tiède; *b*) d'autre part, ainsi d'ailleurs que cela arrive sous le cataplasme ou sous les mousselines moites, l'exsudation eczématique, facilitée et accrue, constitue un mode de cathérèse, — καθαίρεῖν, *soustraire*. Les deux phénomènes coexistent et décroissent plus ou moins rapidement, selon les cas divers dans lesquels le moment de la défervescence eczématique varie en proportions très étendues; l'exhalation aqueuse survit à l'exsudation eczématique, tout en diminuant considérablement. Enfin, agent de décapage, d'hyperexsudation, et de défluxion, le pansement imperméable agit encore en supprimant l'accès de l'air, et en réalisant un contact aussi adouci que possible, une protection efficace[2].

surface avec des compresses ou des linges appropriés, pour assurer l'occlusion, et pour maintenir un degré convenable de température.

« Si le pansement a été convenablement pratiqué, on trouve, au moment où il est enlevé, la surface cutanée et la face de contact du tissu imperméable plus ou moins abondamment couvertes d'un liquide dont la composition varie suivant la nature de la lésion, mais le plus habituellement composé en grande partie d'eau sudorale tenant en macération les éléments de la *sécrétion pathologique* propre à l'affection en traitement; le ramollissement et la chute des croûtes ou autres produits d'exsudation sont très rapides; et en très peu d'applications la surface malade est aussi parfaitement détergée qu'elle aurait pu l'être par des cataplasmes ou des bains prolongés. *La quantité du liquide exhalé, généralement considérable au début du traitement, devient presque nulle à la fin de la cure.*

« Aucun résultat défavorable ne s'attache, au point de vue de l'état général des fonctions, à l'enveloppement; nous avons souvent soumis des malades à ce mode de traitement absolu de la totalité du corps, calotte, masque et emmaillottement complet du tronc, sans qu'il en soit résulté le moindre trouble de l'économie. Dans la très grande majorité des cas, la tolérance de la peau pour le caoutchouc est d'emblée parfaite. »

Ernest Besnier. — De l'emploi des tissus imperméables, et notamment de la Toile de caoutchouc dans le traitement des affections de la peau. *Bulletin de Thérapeutique*, 30 janvier 1875.

1. Tenneson, *Traité clinique de Dermatologie*, Paris, 1893.

2. Voy. la note ci-dessus.

C'est à l'*ensemble* de ces conditions qu'est due l'action *antiprurigineuse* de l'occlusion imperméable, si bien mise en relief, en ce qui concerne l'eczéma, par Colson, etc., et par Tenneson, mais qui se produit au même titre, et au même degré pour diverses affections prurigineuses qui n'ont rien de l'eczéma suintant, ainsi que nous l'avons, pendant de longues années, montré dans nos cliniques.

A la période d'orgasme eczématique, surtout si les surfaces malades n'ont pas été convenablement détergées, les exsudats qui s'accumulent sous la toile contribuent au retour du prurit; mais cette condition n'est pas la seule; tous les sujets ne la subissent pas, tous ne la présentent ni au même degré, ni dans les mêmes délais. Le renouvellement du pansement, l'abaissement de température locale, la remise du caoutchouc au contact, tout cela contribue, pour une part, très variable selon les individus, au soulagement du prurit, ainsi que cela s'observe pour tous les pansements quels qu'ils soient, cataplasmes, mousselines moites, pommades, etc.

2° La *toile de caoutchouc* est l'agent le plus convenable pour l'enveloppement imperméable, sauf pour certaines régions que nous indiquerons à l'occasion des localisations particulières de l'eczéma, et dans lesquelles le *caoutchouc élastique*, vulcanisé ou non, convient quelquefois plus particulièrement, par exemple au cuir chevelu, au scrotum, aux extrémités, à la lèvre supérieure, etc. Les toiles doivent être souples et assez fines, mais sans exagération.

3° Le *procédé* d'application est des plus simples : après avoir, comme pour les pansements précédents, lotionné, nettoyé, aseptisé la peau au niveau des surfaces eczématisées et alentour, on taille dans la toile caoutchoutée des pièces de la forme et de la dimension des surfaces eczématisées quand cela est réalisable, et on les applique, le côté caoutchouté bien entendu, sans aucun intermédiaire. Par-dessus, compresse de *lint* ou de mousseline, dans quelques régions, une couche mince de coton hydrophile; le tout est maintenu *sans compression* par une bande, ou par des compresses ou ceintures appropriées.

Si la multiplicité des placards isolés oblige à en comprendre plusieurs sous la même pièce de toile, on restreint au minimum les contacts avec la peau saine. Aux périodes de défervescence, les applications peuvent être *simplifiées;* et quand le suintement cesse, on peut se borner à fixer les morceaux de toile fine de caoutchouc au linge de corps, ou à des pièces de maillot, par quelques points de fil.

4° De même que pour les cataplasmes, les enveloppements moites, etc., il est nécessaire de *renouveler* les pansements plus ou moins souvent, selon les cas, la période de la maladie, et selon les individus. Le précepte donné par Tenneson de se guider, pour les renouvellements, sur le retour du prurit, est excellent, mais il n'est pas absolu, et il s'applique incomplètement aux sujets intolérants, aux enfants, et pendant la nuit. Durant les premières périodes, les renouvellements doivent être assez rapprochés; mais le plus habituellement il s'établit une tolérance assez rapide, et nos résultats ont toujours été excellents, *à l'hôpital,* sous la surveillance éclairée et effective des religieuses et des infirmiers ou des infirmières, avec trois ou quatre renouvellements, en moyenne, par vingt-quatre heures.

Avant de procéder à l'enlèvement du pansement, il faut avoir préparé tout ce qui est nécessaire pour le reconstituer : les morceaux de toile caoutchoutée, etc., et avoir à sa disposition de l'eau bouillie tiède, ou toute autre lotion appropriée pour déterger doucement et rapidement la surface eczématisée, et la peau ambiante si elle a été souillée; puis la toile de change est appliquée immédiatement, recouverte comme la première fois de *lint*, etc. Cela est fort simple, très court, et très aisé quand tout a été préparé d'avance. Le pansement terminé, la toile de caoutchouc qui a été enlevée est étalée sur une table couverte de linge propre, et bien lavée à l'eau froide dans sa surface caoutchoutée avec du coton hydrophile, ou du linge aseptique bouilli; le coton qui a servi est jeté, et si c'est du linge, il pourra être utilisé encore, à condition d'être désinfecté par l'eau bouillante. Les toiles de caoutchouc, étendues sur un linge, ou placées sur une cordelette

sèchent bien et rapidement, et peuvent être utilisées dès le pansement suivant. On peut même les réappliquer immédiatement après les avoir lavées, aux périodes où le suintement a cessé d'être profus et sordide; mais il est préférable d'être pourvu au moins d'une pièce de rechange pour chaque foyer eczématique; les pansements alternés tels que nous les prescrivons ayant l'avantage de satisfaire plus étroitement aux exigences de l'asepsie, et permettant d'effectuer le changement avec la plus grande rapidité possible. Cela est d'évidence.

5° Les détails particuliers d'application pratique selon les régions, seront donnés à propos des eczémas régionaux; nous redirons seulement, comme remarque générale, que des efforts doivent toujours être faits pour limiter l'application aux surfaces malades. Voici une jambe, par exemple, présentant, en avant du tibia, au lieu d'élection, un placard d'eczéma grand comme la main; si le patient entoure la jambe entière avec la toile de caoutchouc sans prendre tous les soins indiqués, on peut voir rapidement les parties saines enveloppées s'eczématiser, dénonçant, par les délimitations circulaires rectilignes de l'eczématisation secondaire, l'action productrice du pansement.

Si les placards occupent la jambe et la cuisse, le bras et l'avant-bras, laissant en réserve le coude ou le genou, chaque segment doit être pansé à part. Pour les eczémas *à la période suintante, hyperexsudative*, nous rejetons les enveloppements faits avec des toiles de caoutchouc disposées en jambières, cuissards, genouillères, ceintures, gilets de corps, etc., non seulement parce que le lavage aseptique en est difficile, mais encore parce que tous ces appareils, en dehors de la surveillance médicale, peuvent donner lieu aux plus graves accidents. Celui qui a vu, chez un enfant du premier âge enveloppé, sans les précautions convenables, pour un eczéma disséminé, dans un « complet » de caoutchouc, survenir une eczématisation rouge confluente généralisée, sait à quoi s'en tenir à cet égard. La faute en est assurément non au pansement mais à ceux qui l'ont mal appliqué, et cela ne se voit

pas dans les services hospitaliers où la surveillance existe, mais la pratique apprend que l'on a, fréquemment, quelque difficulté à faire comprendre à beaucoup d'intéressés la technique exacte de ce pansement, si simple qu'elle soit.

6° En raison de la complexité de son action, le pansement imperméable immédiat, agent de décapage, de défluxion, de dégorgement, pansement antiphlogistique moite, protecteur, etc., trouve des applications aux phases et aux formes les plus diverses des eczémas. Pour les formes aiguës, son indication commence dès le début, aussitôt que l'on a réduit les irritations dermiques de voisinage, les infections secondaires et avulsé les conglomérats croûteux, etc., à l'aide des poudres, puis des lotions, des cataplasmes, ou des enveloppements moites qui ont convenablement préparé le terrain, avec le concours des divers agents de la médication interne. L'indication existe encore quand le suintement n'est pas excessif, ou quand on n'a pas lieu de le redouter, ou quand on le considère comme approprié à la théorie de la dérivation à l'égard d'un autre élément morbide coexistant.

Le jugement à porter n'est pas à établir systématiquement, mais selon chaque cas particulier. Voici, par exemple, un cas d'eczéma, suintant surabondamment, profus, dans lequel il n'existe pas d'indication du genre de celle que nous venons de signaler en dernier lieu; nous ne trouvons en rien utile de favoriser cette diacrise excessive, et nous n'hésitons pas à essayer de la modérer par l'usage interne de la belladone, du tannin, ou du phosphate de chaux, etc., et par les pansements moites simples ou additionnés, mais nous nous gardons d'avoir recours au caoutchouc. Cet eczéma guérira dans les délais moyens par divers pansements aussi solidement que s'il avait été soumis à l'enveloppement caoutchouté ; il n'y avait, dans ce cas particulier, aucune nécessité de favoriser, ou de prolonger, le suintement pathologique. Voici, au contraire, un eczéma qui, d'emblée, ou après avoir été soumis aux préliminaires des pansements secs et humides, tout en n'étant pas au point d'être traité par les moyens de réduction, reste

stationnaire, « froid », sans tendance à la résolution. Ici l'indication existe; il y a lieu de tenter l'application directe du caoutchouc dont l'effet cathérétique simple sera, — nous ne disons pas certainement, ce mot étant peu applicable en matière d'eczéma, — probablement favorable, etc., etc.

En résumé et en fait, l'action du pansement caoutchouté sur les tissus eczématisés n'est pas une, et ne peut être réduite à l'une de ses modalités curatives si importante qu'elle soit; le pansement lui-même a ses jours et ses heures; son usage ne doit être, le plus souvent, que temporaire; il ne saurait être élevé au rang de méthode systématique générale, ni exclusive. Beaucoup d'eczémas peuvent guérir par les procédés les plus divers, rapidement et complètement, sans avoir été soumis au pansement imperméable direct, et sans avoir été systématiquement provoqués au suintement pendant un temps illimité.

F. — TOPIQUES GRAS

I. Excipients anciens et nouveaux. — II. Pharmacologie et technique des pommades, des pâtes, des savons, des emplâtres, des vernis.

1° Agents essentiels de restauration pour la parakératose eczématique, les *topiques gras* sont, en outre, des vecteurs indispensables pour faire pénétrer mécaniquement dans l'épidermoderme les substances réductrices. Exception faite des sujets dont la peau ne tolère aucune graisse, il est beaucoup de lésions eczématiques, non humides, qui sont enrayées par l'action d'une graisse pure, simple, et plus souvent contenant, incorporées, diverses substances médicamenteuses.

L'indication des topiques gras se présente tout à fait au début d'un grand nombre de formes simples, élémentaires, initiales, non exsudatives, légères, superficielles, à la guérison desquelles ils suffisent s'ils sont appliqués à temps, et correctement; et elle reparaît plus générale encore, et plus impérieuse, à la période terminale de la plupart des espèces et des variétés d'eczéma; pour quelques-unes, enfin, du type séborrhéique, qui n'ont pas eu la période d'irritation commune, ni accidentelle,

ou qui, l'ayant dépassée, sont revenues au type élémentaire, elle est majeure.

C'est encore l'heure des topiques gras, au cours des eczématisations complètes, lorsque l'eczématisation, ayant dépassé la phase exsudative aiguë, ne semble pas devoir guérir rapidement par les pansements anodins moites, ni par l'occlusion imperméable, et quand les phénomènes irritatifs ayant cédé, les applications humides astringentes ne donnent pas le résultat cherché, — dans tous les cas où la situation devient stationnaire. Mais, sur ce point comme sur d'autres, le thème classique ancien est relatif; et ce ne serait pas être au point, de croire qu'il est, dans tous les cas, uniformément nécessaire d'attendre, pour agir par les topiques, que les surfaces eczématisées soient arrivées au point de supporter d'une manière *immédiatement* permanente, et exclusive, la médication nouvelle.

Ce serait dans beaucoup de cas perdre du temps : tous les agents de la première série qui ne suffisent pas manifestement pour amener la guérison dans les délais rapides ne doivent être considérés que comme *temporaires;* et, le plus tôt possible, les tentatives nécessaires pour brusquer la conclusion doivent être faites. On y arrive en combinant les divers pansements, par exemple les occlusions médiates ou immédiates la nuit, les pommades ou les emplâtres le jour.

Ce mode de traitement réclame, est-il nécessaire de le dire, la présence réelle du médecin aussi exactement que pour toutes les maladies à évolution et à thérapeutique variables ; le malade ou les personnes qui appliquent le traitement sont incompétents pour faire les modifications que peuvent, chaque jour, nécessiter les résultats produits, revenir en arrière ou progresser dans une mesure, et sous des formes, qui ne peuvent être déterminées par avance.

2° En toute circonstance, la première application des topiques doit être faite à main économe, en petite quantité, à dose faible, et d'abord sur une surface limitée. Bonne pour tout le monde, cette recommandation s'impose surtout à ceux

qui n'ont pas une grande habitude du traitement de l'eczéma, et elle doit être appuyée par cette autre, de prendre quelque garde de ne pas appliquer sur de vastes surfaces, au premier eczémateux venu, les formules infaillibles qui abondent dans la littérature médicale.

3° Dans la composition des topiques destinés à la plus irritable des dermatites, la nature et la qualité des bases ont une importance de premier ordre. Même après avoir fait une prescription judicieuse et correcte, le médecin peut voir ses efforts échouer complètement si la préparation pharmaceutique est défectueuse, si l'excipient est septique, ou de mauvaise qualité, ou falsifié. A la vérité, chez quelques sujets, intolérants des corps gras, toutes les pommades, même les plus anodines, sont irritantes; mais cela est l'exception, et il faudra toujours faire le possible pour assurer la bonne qualité des prescriptions. Cette règle est générale.

1° Excipients anciens et nouveaux.

Les *excipients* dont on dispose aujourd'hui deviennent assez nombreux pour créer l'embarras du choix ; les uns anciens, les autres nouveaux insuffisamment connus des praticiens.

A. — EXCIPIENTS ANCIENS

A l'état *frais*, préparés *aseptiques*, ce sont d'excellentes bases pour toutes les pommades destinées au traitement de l'eczéma, particulièrement pour les cas où la peau est fine, et chez les sujets où elle est très irritable, ou encore quand l'eczématisation n'a pas atteint ses dernières phases. Toutes connues, il suffit de les énumérer :

a) *Axonge simple ou benzoïnée.* — *Pommade de concombres* (Axonge, graisse de veau et suc de concombres). — *Cérats blanc ou jaune*, avec ou sans eau distillée de roses, de laurier-cerise, de fleurs d'orangers, etc. — *Cold cream* ou cérat au blanc de baleine des pharmacopées anglaise, américaine ou

belge ; la plupart des huiles employées dans la pharmacie — *huile d'olives, d'amandes douces*, de *ricin*, de *morue*, *huile* de *dauphin*, la *glycérine*, etc. — peuvent former, stérilisées, d'excellents excipients, pour plusieurs préparations eczématothérapiques.

B. — EXCIPIENTS NOUVEAUX

Moins altérables, quelques-uns doués de propriétés kératoplastiques particulières, ils ont véritablement enrichi la matière médicale dermatologique. Très incomplètement vulgarisés, quelques détails sont nécessaires.

1° *Vaselines.* — *a*) Vaseline, jaune ou blanche, souvent — non toujours — bien tolérée par la peau ; ne peut recevoir et incorporer qu'une faible quantité d'eau.

b) *Vasogènes.* — Vaselines *liquides oxygénées ;* bases assez bien tolérées par la peau, à utiliser dans le cas où, pour une pommade, on recherche le maximum de pénétration des substances médicamenteuses dissoutes. Pouvoir *émulsionnant* très marqué.

2° *Lainines* (Lanoline. — Adeps lanæ. — Œsype). — Bases extraites du suint des bêtes à laine, onctueuses, visqueuses, faiblement odorantes, *remarquables et très importantes par la quantité d'eau considérable,—poids égal,—qui peut y être incorporée* par malaxation, kératoplastiques. Généralement bien tolérées si elles sont de bonne qualité, *non falsifiées*, aseptiques.

a) *Lanoline* ou lainine proprement dite. — En grande partie composée d'acide oléique ; préparée, après saponification des acides gras, par le procédé centrifuge. La lainine commerciale est hydratée à 25 p. 100. — *b*) *Graisse de laine* (*Adeps lanæ*, *Adeps*, graisse). — Lainine préparée par un procédé différent ; onctuosité, faculté adhésive plus accentuées ; se prête facilement à la préparation des cérats et des cold-creams[1] ; on peut l'associer en toutes proportions aux autres graisses. — *c*) *Œsype.* — Suint naturel, non purifié, dont on peut faire

1. Voici un exemple de cérat à l'adeps lanæ :

℞ Adeps lanæ.	} ãã	10 grammes.
Huile d'amandes.		
Eau de fleurs d'oranger.		20 —
M. s. a.		UNNA.

disparaître l'odeur avec huile parfumée, 1 pour 30; il sert à préparer des pâtes *très adhérentes* et peu altérables.

3° *Lainines composées.* — En nombre illimité, on peut préparer des bases de lainine hydratée généralement bien tolérées, acceptant toutes les associations médicamenteuses, et convenant à la préparation des pommades destinées au traitement de l'eczéma; leur *faculté de pénétration* semble très marquée. La première en date, celle qui a servi et servira de type est la « *résorbine* allemande ». C'est une *émulsion* composée d'huile d'amandes douces très pure, de cire, de gélatine et de savon, et d'une petite quantité de lainine selon une formule tenue secrète[1].

4° *Oléates.* — Véritables savons à l'acide oléique, introduits par John Marshall en 1872, ayant pour base l'agent médicamenteux à la dose de 5 à 20 p. 100 — zinc, plomb, mercure, bismuth, etc.; — masse amorphe, ne renfermant pas d'acide oléique libre ; cosmétiques d'un emploi relativement agréable. L'avantage des oléates n'a pas paru aussi accentué dans ce pays qu'au pays d'origine.

5° *Myronine*[2]. — Succédané de la vaseline, de la lanoline ;

1. F. Vigier a produit sous le nom d'*aleptine* (de αλειπτός, propre à enduire, à graisser), un excipient analogue, que nous avons très largement expérimenté.

℞ Lainine anhydre	2000	grammes.
Huile d'amandes douces benzoïnée	6000	—
Blanc de baleine	1500	—
Cire blanche	1100	—
Eau distillée stérilisée	3000	—
Baume du Pérou	100	—
Gélatine blanche	200	—

M. s. a. F. Vigier.

Cavaillès prépare également un succédané qui paraît avoir les propriétés de la résorbine, qu'il appelle *adiptine*, et dont voici la formule :

℞ Cire blanche	25	grammes.
Paraffine	25	—
Huile de vaseline	400	—
Lanoline anhydre	250	—
Eau de rose	50	—
Eau de laurier-cerise	50	—

M. s. a.

2. Eggert. — Ueber Myronin, *Dermat. Zeitshchr.*, 1895, p. 143.

préparé avec l'huile d'une espèce de dauphin (Entwallöl) ; teinte jaunâtre ; faculté adhésive accentuée.

2° Technique et pharmacologie des pommades, des pâtes, des savons, des emplâtres, des gélatines, des vernis.

A. — *Pommades.* — Dans les cas ordinaires, l'*application* des pommades se fait à la main qui doit être rigoureusement propre, ou avec des pinceaux de ouate aseptique montés sur des bâtonnets et renouvelés à chaque pansement; pour les variétés sèches, psoriasiformes, dans lesquelles l'application comporte une *friction* proprement dite, on l'exécute avec des frottoirs garnis de peau de chamois — Voy. le traitement du psoriasis. Dans quelques cas, la pommade est étendue sur des compresses de *lint* ou de mousseline aseptiques, de la forme et de la dimension des surfaces eczématisées, préparées extemporanément, ou exécutées d'avance par le pharmacien — *pommades-mousselines* (Unna, Cavaillès) — maintenues avec des bandes, ou fixées avec une couche de gélatine.

La pommade appliquée, plusieurs modes de pansement peuvent suivre : le plus simple est le poudrage avec une poudre inerte comme le talc ; on recouvre d'une mousseline, d'un peu de coton hydrophile, et on maintient avec une bande de gaze. Si l'eczéma est humide, on recouvre d'une couche de mousseline aseptique neutre moite d'eau bouillie, d'une baudruche caoutchoutée fine, ne dépassant pas la compresse, d'un peu de ouate hydrophile, et d'une bande.

Aux pansements suivants, si les poudres ont fait masse avec les exsudats, on déblaie avec un pinceau d'ouate imbibée d'huile stérilisée ; de l'eau bouillie tiède, une pulvérisation d'eau bouillie, boriquée, ou faiblement additionnée de thymol, de phénosalyl, 1 p. 1000, etc., permettent aisément de détacher sans effraction épidermique les pièces de pansement qui auraient pris adhérence.

Le renouvellement des applications est plus ou moins fréquent selon l'état des surfaces malades et les sensations

éprouvées par les patients ; en moyenne, il est bon de le faire soir et matin, ou plus souvent, au début, comme vérification de l'action produite ; mais aussi, parfois beaucoup plus rarement, et quelques formes se trouvent à merveille des pansements rares et de l'occlusion ouatée. A chaque renouvellement du pansement, — et cela est, pour nous, de règle, qu'il s'agisse de pommades, de pâtes, ou d'emplâtres, etc., — les surfaces malades doivent être nettoyées avec un peu d'huile, ou de pommade simple aseptique, à l'aide du coton hydrophile, ou détergées avec eau savonneuse, et essuyées avec des bourdonnets d'ouate hydrophile moites d'une solution aseptique, ou faiblement additionnée de sublimé. — Voy. plus haut, pp. 138, 139.

B. — *Pâtes ou pommades épaisses, non résineuses.* — Depuis les travaux de Lassar et de Unna, l'usage des pâtes, qui n'était pas inconnu, s'est généralisé et régularisé, au réel progrès de l'eczématothérapie. Servant d'excipients comme les pommades, elles modèrent notablement les propriétés irritantes de l'agent médicamenteux, et elles conviennent à toutes les surfaces glabres, où elles réalisent des pansements protecteurs. Toutes les huiles, toutes les graisses, la glycérine, et tous les excipients nouveaux, simples ou composés, peuvent servir de base à leur exécution[1].

1. Les préparations suivantes peuvent servir de types :

PATE A L'HUILE ET A LA GLYCÉRINE

℞ Kaolin pur ou Bol blanc[2]	} ââ	30 grammes.
Huile de lin ou glycérine.		
Oxyde blanc de zinc.		40 —

F. s. a. UNNA.

PATE A LA VASELINE

℞ Amidon.	} ââ	24 grammes.
Oxyde blanc de zinc.		
Acide salicylique		2 —
Vaseline		50 —

F. s. a. LASSAR.

2. Les pâtes au Kaolin portent le nom de *pâtes bolaires*.

Nous nous servons depuis longtemps comme pâte essentielle, simple ou associée à des agents médicamenteux de tout ordre, de la préparation élémentaire suivante fort simple.

℞ Vaseline	} ââ	50 grammes.
Oxyde blanc de zinc		

En se servant des bases huileuses on peut abaisser encore la proportion de l'élément gras, comme dans le type suivant, que nous plaçons à côté du précédent :

℞ Huile d'amandes stérilisée.	10 grammes.
Oxyde blanc de zinc.	20 —

M. s. a.

La technique de l'emploi des pâtes est identique à celle de l'emploi des pommades, que nous venons de décrire : quand elles ont été bien préparées, quelque prononcée que puisse être leur compacité, elles se liquéfient suffisamment à la chaleur de la main qui fait la friction, et à la chaleur de la peau du malade. Mêmes soins d'asepsie préalable aux pansements, mêmes détails d'application.

C. — *Savons.* — Alibert, et divers médecins anglais, avaient utilisé les savons dans les maladies de la peau, mais uniquement pour le traitement de la gale. Hebra vers 1850, a inauguré son emploi méthodique ; mais c'est surtout des travaux de Unna[1] que date l'ère des savons médicinaux, destinés, dans le traitement de quelques formes d'eczéma, non pas seulement aux lotions détersives, mais employés comme excipients pour des substances médicamenteuses, et comme agents par excellence de *pénétration* dans l'épiderme. Dans la composition de ces savons, il ne doit entrer que des graisses très pures, des lessives de soude ou de potasse en proportion déterminée, de manière qu'ils aient une réaction absolument neutre. Pour éviter qu'ils ne soient trop siccatifs, et les rendre tout à fait neutres, Unna fait ajouter un excès de graisse ou plutôt d'huile

1. Unna. — Ueber mediz. Seifer, *Wolkmann's Sammlung Klin. Vörtrage*, n° 252, 1885.

d'olive, une partie pour huit de graisse, — *überfettete* (*surgras*), — savon basal avec excès de graisse[1].

℞ Suif très pur	59,3
Huile d'olive.	7,4
Lessive de soude.	22,2
Lessive de potasse.	11,1

F. s. a.

Il y a dans ce savon environ 4 p. 100 d'huile libre non saponifiée.

Les savons additionnés de substances médicamenteuses se préparent en triturant avec le savon basal une proportion déterminée de cette substance.

D. — *Emplâtres.* — Les toiles enduites de substances médicamenteuses incorporées à une masse emplastique, que l'on désigne sous ce nom, sont des épithèmes adhésifs en feuilles ; ce sont des sparadraps médicamenteux. Depuis les premières ébauches de Unna, à qui est due la période de progrès actuel, la pharmacie française produit des emplâtres qui ne sont inférieurs à aucun de ceux que l'on fabrique hors de ce pays[2].

Dans le traitement de quelques formes disséminées d'eczéma, et dans certaines localisations, la possibilité de mettre en action une substance médicamenteuse, sous forme d'une toile adhésive, facilite et simplifie singulièrement la technique des pansements. Malheureusement, il est très difficile d'avoir toujours à sa disposition des emplâtres aseptiques récemment préparés, dont la masse soit dépourvue de toute action irritante sur la surface eczématisée, ou sur les tissus sains ambiants ; qui soient solides et souples, suffisamment,

1. Letzel, de Munich (*Allg. med. Centr., Zeit.*, 1885, nos 77-78), avait conseillé comme base de pommade le savon ammoniacal connu sous le nom de *baume opodeldoch.*

2. C'est un devoir pour nous de remercier M. Portes, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis, pour les soins incessants qu'il apporte à donner aux chefs de service de cet hôpital des emplâtres irréprochables, qui ne sont surpassés par aucun.

Nous devons aussi remercier publiquement MM. Cavaillès, Debuchy et F. Vigier, pour le désintéressement, et pour la patience avec laquelle ils nous assistent depuis beaucoup d'années dans les nombreuses études que nous avons poursuivies sur la question des emplâtres.

mais non trop, adhérents, et composés de façon à ne pas fondre et à ne pas fuser à la température de la peau, tantôt imperméables, tantôt perméables, « poreux », fenêtrés, perforés.

L'application des emplâtres se fait de la manière la plus simple ; on doit les tailler de la forme et de la dimension des surfaces eczématisées, surtout quand ils sont composés de substances actives. Quand la région à couvrir est étendue, nous appliquons les emplâtres en bandelettes juxtaposées, non imbriquées, de façon à pouvoir, dans les pansements rares, réparer partiellement les points qu'il est nécessaire de garnir à nouveau. L'emplâtre, quand on l'enlève, doit être soulevé doucement, et s'il est trouvé trop adhérent, on applique pendant un moment, à sa surface, une compresse moite d'eau *chaude ;* l'avulsion se fait alors sans difficulté.

Si l'état de la peau réclame l'emploi d'emplâtres peu ou non adhésifs, on les maintient avec une bande de gaze, ou par un revêtement de colle de gélatine, ou avec des manches, des jambières, etc., de maillot fin. Inutile d'ajouter que les soins à donner aux surfaces eczématisées avant l'application des emplâtres sont les mêmes que pour tous les autres pansements.

Malgré son importance, la question des sparadraps dermatothérapiques est peu vulgarisée ; c'est pourquoi nous jugeons utile de donner ici, en manière d'appendice à ce paragraphe, avec les détails nécessaires, des indications précises.

Appendice sur les emplâtres.

I. — Emplâtres usités à l'hôpital Saint-Louis, et préparés par M. L. Portes, pharmacien en chef.

Les sparadraps utilisés à l'hôpital Saint-Louis sont pratiquement fabriqués de façon identique. Tous en effet sont obtenus en étalant diverses masses emplastiques sur des bandes de calicot que l'on fait passer à plusieurs reprises au-dessous de la lame mousse d'un énorme couteau fixe.

Les bandes de calicot ont une dimension constante de trois mètres de long sur vingt centimètres de large ; la pression de ces bandes contre la lame du couteau est, toujours aussi, sensiblement la même ; les seules conditions qui varient résident donc dans la composition des masses employées et dans le plus ou moins de fluidité qu'il faut leur donner pour qu'elles puissent être étalées sans traverser le tissu de la bande.

La quantité de chaleur indispensable pour obtenir la fluidité nécessaire, présente une petite difficulté opératoire que vient encore compliquer le plus ou moins d'habileté des deux aides qui sont chargés du mouvement de va-et-vient à imprimer à la bande, lors de

ses divers passages sous la lame du couteau, lame convenablement chauffée au préalable; mais cette difficulté est bien loin d'être insurmontable. Un tel mode d'opérer est possible à tous les pharmaciens. Seule, l'assez grande étendue des locaux nécessaires à ce mode de faire pourrait présenter un obstacle sérieux. Encore y obvierait-on facilement en opérant sur des bandes moins longues.

La composition des masses emplastiques est en réalité le seul fait qui, dans ces sparadraps, soit le plus variable; à chacune des substances actives correspond, sinon un excipient différent, tout au moins une masse emplastique convenablement appropriée.

Aux huiles chimiquement inertes sur les savons de plomb, on mélange de l'emplâtre simple et de la cire jaune. Exemple : sparadrap à l'huile de cade, sparadrap à l'huile de foie de morue, sparadrap de chaulmoogra, sparadrap créosoté, salicylé, sparadrap blanc, etc.

Aux substances solides ou pâteuses, sans action sur l'emplâtre diachylon et pour lesquelles on n'a point à craindre l'action irritante due aux résines de cet emplâtre, on associe ce dernier. Exemple : sparadrap rouge, sparadrap au calomel, sparadrap iodoformé.

Le sparadrap à l'acide pyrogallique et tous les sparadraps similaires dont le principe est influencé par les combinaisons plombiques sont préparés au contraire sans l'intervention d'aucun savon minéral. La masse est alors constituée par des résines, de la cire, de la térébenthine et de la lanoline caoutchoutée.

(L'emplâtre diachylon gommé des hôpitaux ne répond pas exactement à la formule du Codex de 1884 : dans ce dernier, on a supprimé deux résines, le bdellium et le sagapénum, et doublé la dose de gomme ammoniaque et de galbanum. De plus, l'emplâtre simple entrant dans la formule est préparé au moment du besoin et n'est pas séparé de la glycérine résultant de la réaction. C'est la présence de cette glycérine qui donne au sparadrap la souplesse recherchée.)

L'emplâtre mordant avec lequel se fabrique le sparadrap au capsicum tient le milieu entre les masses emplastiques à l'emplâtre simple et les masses résino-lanolinées non caoutchoutées.

Quant au sparadrap à l'oxyde de zinc, s'il semble se rattacher par l'emplâtre simple au mode de faire utilisé pour les emplâtres ayant des huiles comme principe actif, il s'en différencie par la dose énorme de lanoline caoutchoutée qui en est l'excipient primordial.

Le mode de préparation de cette lanoline caoutchoutée est tout spécial; c'est à sa neutralité vis-à-vis de la peau qu'il faut attribuer tout le succès du sparadrap à l'oxyde de zinc de l'hôpital Saint-Louis; aussi, en terminant est-il nécessaire d'insister sur cette préparation.

Sparadrap à l'oxyde de zinc :

Emplâtre simple	720
Cire jaune	400
Lanoline caoutchoutée	1.800
Oxyde de zinc	600

Mode opératoire : 150 grammes de caoutchouc brun trés ductile (caoutchouc à ballons à élastiques) sont mis à macérer dans un grand flacon bouché à l'émeri avec 3 000 grammes de chloroforme et agités à plusieurs reprises chaque jour, jusqu'à ce que la masse soit tout à fait homogène. Ce résultat obtenu, on verse alors cette masse dans la cucurbite d'un alambic, où, au préalable, on a placé 1 800 grammes de lanoline ; puis le tout est chauffé au bain-marie, après avoir ajusté un chapiteau et relié celui-ci au réfrigérant d'un bon appareil distillatoire.

Quand tout le chloroforme a distillé, ce dont on s'aperçoit au passage de gouttelette, aqueuses provenant de l'eau que contient toujours la lanoline, on continue encore quelques minutes, puis on cesse l'opération, et on verse le tout dans une bassine où l'on a liquéfié l'emplâtre simple, 720 grammes, et la cire, 400 grammes; on mélange à l'oxyde de zinc, on amène à consistance convenable, et il ne reste plus qu'à étaler ainsi que nous faisons d'habitude.

C'est ainsi que se prépare aussi le sparadrap au sulfate de chaux. — L. Portes (communication personnelle).

II. — Cavaillès prépare presque tous ses emplâtres avec une masse formée de parties égales de vaseline, de résine et de solution de caoutchouc; il fait fondre la résine et la vaseline à chaud et y ajoute la solution de caoutchouc. Il obtient ainsi une masse semi-liquide quand elle est refroidie. C'est dans cette masse qu'il incorpore à *froid* les substances actives à la dose de 5, 10 et jusqu'à 30 pour 100 : il délaye le médicament finement pulvérisé dans une petite quantité d'huile ou de vaseline et l'ajoute à froid à son mélange caoutchouté ; il agite bien et obtient ainsi une masse homogène qu'il coule au sparadrapier sur des bandes de toile imperméables et aseptiques se rapprochant le plus possible de la

couleur de la peau. Il laisse évaporer ses bandes dans un séchoir à air froid, ou mieux à l'étuve pour les emplâtres qui ne craignent pas une chaleur douce.

Tel est le mode général de préparation qu'il emploie pour les principaux emplâtres : aristol, iodoforme, salol, salicylé, résorciné, chrysophanique, pyrogallique. Il obtient ainsi des sparadraps fins, souples, non cassants, se conservant bien et n'ayant subi aucune cause d'altération par la chaleur et par les sels de plomb comme dans les anciennes préparations des emplâtres (incorporations à chaud de la substance active dans du diachylon ou de l'emplâtre simple).

Pour l'emplâtre ou taffetas de Vigo (mercuriel) et l'emplâtre rouge de Vidal (minium et cinabre), il coule la masse emplastique sur un tissu de soie rose de manière à avoir des emplâtres très fins et très souples.

Quant à l'emplâtre d'oxyde de zinc qui doit absolument ne pas être irritant, il supprime la résine et il la remplace par de la cire blanche, en ayant soin de bien évaporer la solution de caoutchouc avant de tirer l'emplâtre, et de laisser longtemps à l'étuve les bandes d'emplâtre.

Le sparadrap d'huile de foie de morue peut se préparer selon sa méthode générale ou d'après la formule de l'hôpital Saint-Louis, mais dans ce dernier cas l'emplâtre est moins souple ; pour obvier à cet inconvénient, on peut ajouter à la masse de la vaseline caoutchoutée qui le rend plus souple et plus adhésif.

III. — Debuchy résume ainsi les principales conditions qui doivent présider à la préparation de l'excipient spécial à chaque emplâtre médicamenteux : neutralité absolue de la masse, tant en dehors qu'en présence du principe médicamenteux, qui doit agir dans la totalité de son dosage.

Conservation de cette réaction neutre (ce qui est une grande difficulté pour certains emplâtres sur lesquels l'action oxydante de l'air a lieu rapidement).

Exclusion, le plus souvent, de certains composants des masses emplastiques (emplâtre diachylon, emplâtre simple, emplâtre agglutinatif, etc.).

Qualités habituelles d'un bon tissu pharmaceutique en particulier : être bien adhésif, sans exagération, et bien se conserver, sans devenir ni trop mou ni trop sec avec le temps, etc.).

Asepsie des matériaux employés à la confection de ces sparadraps (tissus) comme des instruments nécessaires à la préparation (linges, récipients, etc.).

Enfin condition indispensable pour cet excipient, ne pas être, ni devenir irritant ; cette dernière condition est obtenue, si l'on est parvenu à réaliser complètement les précédentes.

Pour le sparadrap à l'oxyde de zinc, Debuchy donne les détails de préparation suivants :

Chauffer le mélange d'huile d'olives pure, d'oxyde et d'eau jusqu'à saponification. Celle-ci obtenue, laver la masse des sels gras formés à l'eau pure tiède en grande quantité et à plusieurs reprises, au besoin exprimer légèrement dans linge serré (préalablement stérilisé). Mélanger ensuite à 30 pour 100 environ de gomme damar kauri ; à cet excipient particulier, il suffit, pour avoir la masse emplastique totale, d'ajouter, dans un rapport calculé aisément suivant le dosage prescrit en oxyde de zinc, partie d'une pommade d'oxyde de zinc à la lanoline ou à la vaseline. On étend ensuite sur batiste fine (purifiée et étuvée), et l'on soustrait le plus rapidement à l'air les bandes recouvertes d'emplâtre, sans les laisser sécher librement comme on peut le faire pour certains autres sparadraps.

Si l'on veut un sparadrap d'oxyde de zinc au caoutchouc, il y a lieu de prendre les plus grandes précautions pour empêcher des réactions secondaires susceptibles de modifier complètement la nature du sparadrap, et éviter des actions irritantes.

Les liquides de dilution du caoutchouc, comme le sulfure de carbone, ne doivent être employés qu'après vérification de pureté, de neutralité, et de la neutralité du produit après préparation.

Le choix de ce liquide pourra apporter certains changements dans la préparation de la masse primitive, c'est ainsi qu'avec le sulfure de carbone, il sera préférable d'employer la pommade d'oxyde de zinc à l'huile de vaseline. S'il s'agit du chloroforme, neutre toujours, l'évaporer entièrement après incorporation de la masse caoutchouteuse dans l'emplâtre. Quant à la benzine, ne se servir que de benzine absolument exempte d'autres produits de la distillation (quoique ces derniers favorisent la dilution du caoutchouc). Il est préférable de faire agir sur le caoutchouc l'éther de pétrole, de reprendre par la benzine pure ; e rapport du mélange est d'environ 6 à 10 p. 100. Mélanger ensuite au bain-marie et évaporer doucement.

Pour le sparadrap à la résorcine, Debuchy indique : faire fondre d'abord colophane, cire jaune (et non cire blanche, qui, trop fréquemment, est de la cire blanchie industriellement et non de la cire blanchie à l'air, d'où dangers de produits résidus irritants), puis lanoline ; le tout fondu, ajoutez savon sans glycérine et chauffez doucement, une heure environ.

Passer cet excipient dans linge purifié, et ajouter résorcine dans le rapport de 5 pour 100 sans élever la température. Si le dosage en résorcine est plus élevé, on peut ajouter à l'excipient une partie de l'excipient spécial à l'oxyde de zinc, suivant la proportion indiquée de résorcine. Pour le caoutchouter, opérer avec la masse caoutchouteuse qui a servi pour l'oxyde de zinc.

Enfin Debuchy indique pour le sparadrap à l'huile de cade cette préparation : faire un mélange dans le rapport de 2 à 1 de la masse caoutchoutée avec l'huile de cade, laisser en contact quarante-huit heures environ en vase clos, évaporer et étaler sur tissu. Le sparadrap ainsi obtenu est très adhésif. Si on le veut moins collant, faire un mélange de cire du Japon, gomme damar et suif. Après avoir fondu, ajouter huile de cade.

IV. — La masse employée par F. Vigier est composée de :

℞ Gomme damar triée	50	grammes.
Lainine anhydre	60	—
Cire jaune	30	—
Poudre d'iris	20	—
Solution éthérée de caoutchouc à 1/10	200	—

M. s. a.

Faire fondre la gomme damar et la cire, ajouter la poudre d'iris. Maintenir le mortier dans l'eau bouillante, et ajouter la solution de caoutchouc en remuant jusqu'à évaporation de l'éther.

Quand on incorpore un agent médicamenteux, le sous-nitrate de bismuth par exemple, on porphyrise avec la lainine et on l'ajoute avec la poudre d'iris à la gomme damar fondue.

E. — *Gélatines.* — Dérivés de la pratique de Pick et de Unna, les hydrates glycérinés de gélatine, ou colles, associés à l'oxyde de zinc sont utilisables dans quelques formes d'eczéma non humides, soit comme excipients de substances actives, soit pour couvrir et maintenir les applications médicamenteuses les plus diverses, soit comme pansement simplifié de placards disséminés sur un grand nombre de points. Ou encore, pour protéger la peau saine autour des surfaces eczématisées suintantes, ou autour des orifices naturels, en des points où d'autres pansements sont inexécutables; ou enfin, à titre prophylactique, pour préserver des surfaces prurigineuses de l'eczématisation traumatique due aux grattages. Ce sont de véritables emplâtres solubles, moins irritants que les sparadraps, que l'on étend, à volonté, à l'aide d'un pinceau, ou avec la main légèrement graissée, de la manière la plus simple, en couches plus ou moins épaisses selon le besoin.

a) ℞ Gélatine et glycérine	âà	10	grammes.
Oxyde blanc de zinc		30	—
Eau		50	—

M. s. a. Unna et Menahem Hodara.

b) ℞ Grénétine. . . . . 20 grammes.
Eau. . . . . 45 —
Oxyde blanc de zinc. . . . . 15 —
Glycérine. . . . . 25 —

M. s. a. CAVAILLÈS (Formule moyenne de UNNA).

c) ℞ Gélatine. . . . . 15 grammes.
Grénétine. . . . . 10 —
Gomme arabique. 0gr,50
Glycérine. . . . . } ââ 30 grammes.
Eau bouillie. . . . . }
Oxyde blanc de zinc. . . . . 10 —
Phénosalyl. 0gr,20

M. s. a. TENNESON et MILLIET.

Pour être appliquées les colles sont tiédies, au moment du pansement, dans le bain-marie, et l'on a soin, avant de faire les badigeonnages, de s'assurer que la préparation est tiède, et non brûlante[1]. On peut aussi appliquer les colles à l'aide de gélatines sur mousselines, immergées un instant dans l'eau chaude, puis posées *tiédies* sur la peau où elles prennent adhérence.

Quand on a étalé la couche à l'épaisseur voulue, on peut faire adhérer à sa surface, avant sa dessiccation, un léger duvet d'ouate hydrophile, suffisant pour que le linge de corps puisse bientôt être replacé sans crainte d'adhérence, et sans qu'on soit obligé de laisser plus longtemps la peau à découvert. Les colles sont solubles et s'enlèvent aisément par lavage à l'eau, ou dans un bain, quelquefois par lambeaux, à sec.

F. — *Vernis et pommades siccatives*[2]. — Utilisés dans les mêmes conditions que les gélatines, les vernis, mous ou liquides, à froid s'appliquent à la main, ou au pinceau, et forment

(1) CAVAILLÈS prépare les colles en plaques molles, dont on soumet au bain-marie la quantité exacte nécessaire pour le pansement actuel; ce mode est préférable au plus usité, dans lequel la colle est contenue dans des récipients que l'on doit chauffer en entier à chaque application; après très peu de temps la répétition de cette opération amène l'épaississement de la colle. Les raisons d'asepsie, seules, suffiraient d'ailleurs pour rendre le mode nouveau préférable. CAVAILLÈS prépare aussi les gélatines mousselines.

2. Voy. pour les traumaticines et pour les vernis à l'acétone, au traitement du psoriasis, p. 317 et suiv.

un enduit élastique fin, soluble, particulièrement adapté au traitement des lésions ayant leur siège sur les parties découvertes, même si elles sont garnies de poils lanugineux ou de poils coupés très courts; elles sont transparentes ou opaques selon les additions médicamenteuses faites.

Le vernis à la caséine de Unna est une pommade-vernis qui contient émulsionnée une grande quantité de graisse, et à laquelle on peut mélanger les diverses espèces de goudron ou de baumes, etc., jusqu'à 20 p. 100, eczémas circonscrits de la face et des mains.

POMMADE A LA CASÉINE

℞ Caséine		14	grammes.
Alcalis		0gr,45	
Glycérine		7	grammes.
Vaseline liquide		21	—
Acide salicylique		1	—
Eau	Q. s. p. f.	100	—
	M. s. a.		UNNA[1].

Formules de vernis solubles :

℞ Gomme adragante pure	âà	2	grammes.
Gélatine extra			
Glycérine		5	—
Eau distillée		100	—
	M. s. a.		UNNA.

℞ Gomme adragante	âà	4	grammes.
Grénétine			
Glycérine		10	—
Eau stérilisée		100	—
	M. s. a.		CAVAILLÈS.

G. — MÉDICATIONS TOPIQUES

Ainsi que nous l'avons indiqué déjà, le précepte traditionnel d'attendre patiemment, en présence d'un eczéma, que

1. UNNA. — (Ueber Kaseinsalben, *Monatshefte f. prakt. Dermat.*, 1895, t. XX, p. 30)1.

Il faut avoir soin de ne pas incorporer à la pommade à la caséine de sels de chaux ni une proportion notable d'acides, qui précipitent la caséine.

le processus catarrhal soit épuisé complètement, ne saurait être maintenu. Pour l'eczéma, comme pour le psoriasis, sous les réserves que nous avons précisées p. 131 à 132, la préoccupation dominante doit être de chercher à obtenir la guérison le plus rapidement possible.

Dans cette formule les médications topiques diverses prennent rang de bonne heure, en applications ménagées et graduées, d'abord alternées avec celles de la période initiale : par exemple, enveloppement moite la nuit, pommades le jour, ou une partie du jour, avec alternances selon la tolérance, ou même, pansements mixtes, applications de pommades et pansement moites simultanés, etc. Tout cela, bien entendu, réglé et dirigé par le médecin.

1° Médication anodine, occlusive, résolutive, kératoplasique.

A. — Les pommades à l'*amidon*, à l'*oxyde de zinc*, ou au *sous-nitrate de bismuth*, forment la première ligne de la médication topique; elles sont mises à l'essai aussitôt que l'action des cataplasmes, des pansements imperméables médiats ou immédiats se ralentit, ou paraît épuisée. Leur indication reparaît, à titre temporaire, au cours des médications intensives, quand la mesure dans le dosage ou dans la durée des applications a été dépassée, et qu'il est survenu une exacerbation; et on la retrouve à la suite de ces médications, quand il ne reste plus qu'à obtenir le retour de la fonction épidermique normale pendant la durée de la période anidrosique post-eczématique.

Leur application, leur association ou leur alternance avec les autres pansements, se font selon la technique et selon les règles que nous avons indiquées p. 174, 175, 176.

Les excipients des *premières périodes* sont le plus habituellement les *vaselines* jaune ou blanche. Les *lainines*, dont la propriété kératoplastique semble supérieure, sont plus particulièrement applicables dans les *phases de réparation*. Les

glycérolés sont utilisables surtout pour les *périodes squameuses sèches, anidrosiques.*

Les doses d'amidon, d'oxyde blanc de zinc, de sous-nitrate de bismuth, etc., varient de 1 à 10 pour 30 d'excipient. — La préparation la plus usitée est la pommade à l'oxyde de zinc 1 à 10 p. 30, ou au sous-nitrate de bismuth 1 à 5 p. 30.

Si les surfaces eczématisées n'ont plus d'exsudation catarrhale et sont sèches, squameuses, il est de tradition d'employer le *glycérolé d'amidon* comme excipient et d'y incorporer de l'oxyde de zinc.

℞ Glycérine neutre.	30	grammes.
Amidon hydraté légèrement.	2	—
Oxyde blanc de zinc	1 à 5	—

M. s. a.

Aux mêmes périodes de l'eczématisation pour les localisations multiples, généralisées, amorphes, diffuses, conviennent les *pâtes* de zinc et d'amidon, ou les pâtes simples d'oxyde de zinc.

Voici les formules principales :

PATE D'AMIDON

℞ Amidon..	ââ	25 grammes.
Vaseline, aleptine, etc		

M. s. a.

PATE D'AMIDON ET DE ZINC

℞ Amidon.	ââ	25 grammes.
Oxyde blanc de zinc.		
Vaseline	50	—

M. s. a. LASSAR.

Nous préférons le plus ordinairement comme moins altérable et plus occlusive la pâte de zinc simple, dont nous avons donné la formule :

℞ Oxyde blanc de zinc..	ââ	25 grammes.
Vaseline, aleptine, etc..		

M. s. a.

PATES DE ZINC A L'HUILE

℞ Oxyde blanc de zinc. . . . . 60 grammes.
Huile d'olives stérilisée . . . . . 40 —
M. s. a. LASSAR.

Cette pâte est plus fine, peut s'appliquer en couches plus minces, et s'enlève facilement.

℞ Oxyde blanc de zinc. . . . . 30 grammes.
Huile d'olives. . . . . 50 —
M. s. a. DREWS[1].

℞ Oxyde blanc de zinc . . . . . 20 grammes.
Huile d'amandes stérilisée . . . . . 10 —
M. s. a. E. BESNIER et F. VIGIÉR.

ONGUENT DE ZINC

℞ Glycérine neutre . . . . . }
Oxyde blanc de zinc. . . . . } ââ 10 grammes.
Blanc de baleine . . . . . }
Huile d'amandes stérilisée. . . . }
M. s. a.

B. — A toutes ces préparations, il est très souvent utile, comme l'a montré Lassar, d'ajouter de 1 à 3 p. 100 d'*acide salicylique*.

Dans les eczématisations secondaires consécutives à la gale, aux diverses phthiriases, les *pâtes de zinc salicylées* conviennent particulièrement.

℞ Excipient. . . . . }
Oxyde blanc de zinc. . . . . } ââ 50 grammes.
Acide salicylique.. . . . . 1 à 3 gr.
M. s. a.

Dans les cas où, les parasites ayant disparu, il reste encore un prurit assez vif pour troubler le sommeil et amener

1. DREWS recommande cette préparation comme la plus favorable dans l'eczéma infantile, et dans l'eczéma chronique des vieillards. Il l'applique au pinceau, après avoir lotionné les surfaces eczémateuses avec de l'eau blanche.

des lésions de grattage, chez les vieillards particulièrement, l'*acide phénique* est l'agent préférable :

℞ Excipient	} ââ	50 grammes.
Oxyde blanc de zinc		
Acide phénique		1 à 3 gr.

M. s. a.

C. — La pâte de zinc, simple ou additionnée, constitue un excellent excipient pour les substances actives de toute espèce dont elle modère remarquablement l'action irritante. Ses applications sont très nombreuses : soit employée alternativement avec d'autres applications diverses, soit superposée, comme surtout général, à toutes les autres préparations appliquées directement sur les éléments eczématiques, par exemple sur les surfaces traitées par le goudron dans le bain, selon la pratique de Lassar, après la sortie du bain, ou encore après une friction d'huile de cade, lavée ou non, etc.

D. — Dans les formes d'eczématisation sèches, prurigineuses, très souvent secondaires aux prurigos diathésiques de tout ordre, de petite ou de grande surface, les *colles* à l'oxyde de zinc (Voy. les formules pp. 181 à 182) sont très utiles dans toutes les régions où il faut des pansements adhésifs, comme à la partie interne et supérieure des cuisses. Aux mêmes indications se rattachent les *vernis solubles* à l'oxyde de zinc. V. p. 183.

E. — Quand les lésions sont sur des parties découvertes, ou sur le corps dans des points limités, et que le malade doit vaquer à ses occupations, ou travailler, malgré l'existence de placards d'eczéma aux mains, par exemple, les *emplâtres* sont de la plus grande utilité pratique. Les emplâtres à l'oxyde de zinc ou au sous-nitrate de bismuth, sont les plus usités, et le plus souvent indiqués.

EMPLATRES A L'OXYDE DE ZINC

a) ℞ Emplâtre simple	432	grammes.
Cire jaune	242	—
Lanoline caoutchoutée	1 800[1]	—
Oxyde de zinc	276	—

M. s. a. PORTES (Hôpital Saint-Louis).

1. La lanoline caoutchoutée contient 150 grammes de caoutchouc pour

b) ℞ Vaseline . . . . . } ââ 100 grammes.
Cire blanche . . . . . }
Solution de caoutchouc . . . . . }
Oxyde blanc de zinc. . . . . 30 —

M. s. a. CAVAILLÈS.

On aura soin de bien évaporer la solution de caoutchouc.

EMPLATRE AU SOUS-NITRATE DE BISMUTH

℞ Gomme Damar triée . . . . . 50 grammes.
Lanoline anhydre . . . . . 60 —
Cire jaune. . . . . 30 —
Sous-nitrate de bismuth. . . . . 20 —
Poudre d'iris. . . . . 20 —
Solution éthérée de caoutchouc à 1/10 . 200 —

M. s. a. F. VIGIER.

F. — Quand il y a lieu, en raison de la persistance de l'infiltration, de l'empâtement, de l'épaississement épidermodermiques, de hâter la résolution, les *emplâtres de plomb*, l'*emplâtre simple*, l'*emplâtre blanc*, en couches simples sur toiles fines, conviennent particulièrement :

EMPLATRE SIMPLE DU CODEX

℞ Litharge pulvérisée . . . . . } ââ 10 grammes.
Axonge . . . . . }
Huile d'olives . . . . . }
Eau . . . . . 20 —

M. s. a.

EMPLATRE BLANC

℞ Emplâtre simple . . . . . 20 grammes.
Cire jaune . . . . . 10 —
Huile blanche. . . . . 20 —

M. s. a.

G. — Mêmes indications résolutives et kératoplastiques, avec accentuation plus marquée pour les emplâtres de plomb à

1 800 grammes de lanoline ; elle s'obtient en distillant sur la lanoline une solution chloroformique de caoutchouc.

l'*huile de morue*, de Vidal; leur action est remarquable dans toutes les eczématisations et eczémato-lichénisations secondaires des prurigos diathésiques; on peut les appliquer aussitôt les surfaces malades détergées et désinfectées, selon la technique indiquée plus haut.

EMPLATRE A L'HUILE DE FOIE DE MORUE

℞ Emplâtre simple	3000	grammes.
Cire jaune	1250	—
Huile de foie de morue . . .	1750	—

M. s. a. PORTES (Hôpital Saint-Louis).

L'emplâtre à l'huile de morue de l'hôpital Saint-Louis est sans odeur désagréable[1]. Son adhérence est modérée, ce qui est une qualité.

Ces emplâtres ne doivent pas être caoutchoutés pour éviter les eczématisations médicamenteuses; on les maintient avec des bandes ou à l'aide de manches, de jambières, de ceintures, ou de gilets de maillot, etc., ou avec les colles solubles.

2° Médication substitutive, réductrice, intensive.

Pour les eczématisations prolongées, rebelles, infiltrées, lichénisées, etc., torpides, parakératosiques ou dyskératosiques, hyperstéatidrosiques, séborrhéiques, l'indication des modificateurs énergiques est aussi nette que dans le traitement du psoriasis.

Le succès de cette médication intensive réclame de la part du médecin une intervention et une surveillance actives.

A. — *Savons de potasse. — Emplâtres de savon salicylé.* — Quand l'eczématisation chronique est localisée, rebelle, profonde, même l'irritabilité persistant, on peut en modifier le type dystrophique par l'emploi du *savon mou de potasse* étendu sur des plaquettes de linge et laissé en place le temps néces-

1. Ce point, important pour tous les emplâtres, doit être exigé pour les épithèmes qui s'emploient sur de grandes surfaces.

saire à l'action, que l'on vérifie, suspendant ou continuant l'application selon l'effet.

Dans quelques variétés hyperkératiques, l'action étant insuffisante, on ajoute au savon de potasse 1 à 10 p. 100 d'*acide salicylique*, ou de *résorcine*, ou l'on a recours aux *emplâtres de savon salicylé* (Pick). Inutile de dire que ces applications demeurent restreintes, localisées, limitées aux tissus à modifier, et surveillées.

℞ Emplâtre de savon	50 grammes.
Acide salicylique..	5 à 10 gr.

M. s. a.

B. — *Soufre, ichthyol et thiol; préparations mixtes.* — L'action résolutive et substitutive du soufre, mise autrefois à large contribution dans le traitement de toutes les « dartres », et qui avait été trop délaissée, — non par les empiriques ni par le public, — mais par les médecins, en raison de l'intolérance assez commune de certaines eczématisations pour le soufre, a, de nouveau, été remise en honneur, mais sur indication moins vague, particulièrement à la suite des travaux de Unna sur l'eczéma séborrhéique, et à l'occasion de la vogue de l'ichthyol.

Le soufre est donc, dans les cas d'eczématisation limitée sèche, infiltrée, stéatidrosique, un agent utilisable chez les sujets qui n'ont pas d'intolérance; mais il est devenu moins nécessaire depuis l'introduction des agents réducteurs : acide salicylique, résorcine, pyrogallol, chrysarobine, etc.

C'est surtout aux périodes d'état prolongé et de déclin des eczématisations localisées ou limitées; dans les variétés de l'eczéma séborrhéique, pityriasique, surtout celles dont les bords sont nettement accusés, même avec tendance au suintement, que les *pommades soufrées* sont applicables, sous la réserve de certaines individualités qui ne tolèrent le soufre sous aucune forme.

Les premières applications doivent être simples et faibles,

précédées de *lotions savonneuses,* de *lotions au sublimé* à 1 p. 2000, etc., et suivies, quand la localisation anatomo-topographique s'y prête, de pansements occlusifs moites, ou secs, tels que nous les avons indiqués; on les renouvelle, deux ou trois fois en vingt-quatre heures, par friction limitée aux surfaces malades; si elles sont irritantes, on revient momentanément aux applications anodines.

℞ Soufre précipité fraîchement préparé	1 à 5	grammes.
Vaseline ou glycérolé d'amidon, ou axonge, ou pâte de zinc, etc . .	30	—

M. s. a.

Quelques malades supportent mieux le *soufre associé à l'oxyde de zinc,* comme dans la formule suivante de Unna prise comme type moyen :

℞ Oxyde blanc de zinc.	6	grammes.
Soufre précipité.	4	—
Terre siliceuse..	2	—
Axonge benzoïnée.	28	—

M. s. a.

Si le prurit est très vif, la tension et l'infiltration dermique érysipélatoïdes, indication des *pommades à l'ichthyol,* ou à son succédané, le *thiol,* à odeur bitumineuse très faible, et qui peut être employé chez les sujets à qui l'odeur de l'ichthyol est insupportable.

a) ℞ Ichthyol.	1 à 3	grammes.
Vaseline	30	—

M. s. a.

b) ℞ Ichthyol.	1 à 3	grammes.
Huile d'olives stérilisée . . . . . }	ââ 15	—
Axonge très fraîche. . . . . }		

M. s. a.

Pour les surfaces glabres et couvertes, les *emplâtres à l'ichthyol* facilitent les applications.

℞ Gomme Damar	50	grammes.
Lainine anhydre	50	—
Cire jaune	30	—
Ichthyol	20	—
Poudre d'iris	30	—
Solution de caoutchouc à 1 p. 10	200	—

M. s. a. F. Vigier.

Mélanger à chaud l'ichthyol avec la lainine et procéder comme pour l'emplâtre au bismuth.

C. — *Goudron, huiles de cade et de bouleau blanc.* — Dans les eczématisations chroniques, les formes ou les périodes sèches torpides; dans les variétés communes non irritables séborrhéiques, dans les eczémas lichénisés, pityrodes, kératosiques, l'indication de l'essai du goudron se présente nettement; elle se présente encore beaucoup plus tôt, même pour des surfaces étendues, pour les formes à type catarrhal accentué, chez les malades hospitalisés, ou traités dans les établissements privés; mais il faut ici un peu d'art dermatothérapique.

La meilleure préparation à employer est le *goudron du cade*, ou genévrier oxycèdre — *huile de cade*[1], ou l'*huile de bouleau blanc :* à l'aide de bourdonnets ou de pinceaux de ouate neutre, on fait, sur la surface eczématisée, un badigeonnage léger avec de l'huile d'abord étendue de 80 à 20 p. 100 d'huile stérilisée simple, puis avec un glycérolé à l'huile de cade à faible dose :

℞ Huile de cade	1 à 5 grammes.
Extrait sirupeux de bois de Panama	Q. s. p. é.
Glycérolé d'amidon	30 grammes.

M. s. a.

Que l'on emploie l'huile mitigée, ou pure, si l'irritation immédiate est très vive, on lave, séance tenante, avec un pin-

1. En variant, ou en supprimant au besoin le caoutchouc, on peut faire varier le degré d'adhérence de ces emplâtres selon le cas particulier.

ceau d'ouate imprégné d'eau bouillie, et on panse avec les compresses moites, ou avec une pommade ou une pâte anodines; si les surfaces sont étendues, le malade est mis au bain selon la pratique de Lassar (voy. plus haut, p. 148). Dans toutes les formes limitées, nous faisons avec un bourdonnet d'ouate sèche un badigeonnage d'huile de cade pure, essuyé immédiatement pour les premières applications, et non étanché dans les suivantes aussitôt que la tolérance est établie. Réglées et surveillées, ces applications servent de pierre de touche et de point de repère; si les premières n'améliorent pas l'état eczématique, c'est que leur heure n'est pas venue, ou qu'il faut ou les employer à faible dose, à intervalles, à titre partiel, ou revenir, pour un temps, à l'étape précédente.

Les *pommades à l'huile de cade* ou à l'*huile de bouleau*, dosées à volonté selon le degré d'intensité que l'on recherche dans l'action réductrice, se préparent aisément en ajoutant la quantité de savon mou de potasse suffisante pour émulsionner l'huile. Le plus ordinairement les goudrons sont *associés* à d'autres substances, le soufre, le mercure, etc., dans des pommades *mixtes*.

Dans quelques cas où l'action simultanée du goudron et du soufre semble à la fois indiquée, la pommade de Wilkinson, activement résolutive, très employée en Allemagne, est une des meilleures préparations mixtes; elle représente une indication synthétique applicable aux eczématisations profondes (Lassar), c'est-à-dire avec infiltrats lymphatiques.

℞ Soufre sublimé.	} ââ	7gr,50
Huile de bouleau.	}	
Craie.		5
Savon vert	} ââ	15
Axonge.	}	

M. s. a.

1. L'huile de cade est souvent falsifiée par d'autres goudrons, lesquels sont même livrés sous le nom d'huile de cade. On doit se mettre en garde contre ces fraudes, et réclamer des huiles de cade de bonne qualité, et non brûlées.

Pour les variétés décidément psoriasiformes, il peut être avantageux de se servir des badigeonnages avec le *collodion acétonique* à l'*huile de cade* ou de *bouleau* (voy. p. 317 et suiv.).

Très pratiques aussi, et très bien acceptés par les malades, pour les variétés localisées, profondes, anciennes, les *emplâtres à l'huile de cade :* l'emplâtre de l'hôpital Saint-Louis, dont l'adhérence est *modérée*, convient particulièrement, et est généralement bien toléré :

℞ Emplâtre simple.	100 grammes.	
Cire jaune	50	—
Huile de cade.	10 à 30	—

M. s. a.

Les *savons de goudron* peuvent être utilisés dans plusieurs des circonstances ci-dessus indiquées, aux mêmes titres, avec les mêmes recommandations; Veiel les emploie particulièrement dans les eczémas squameux généralisés des vieillards; deux fois par jour, on applique, à l'aide d'un pinceau, la mousse de ce savon sur les parties malades.

D. — *Pommades et emplâtres mercuriels.* — Parmi les agents réducteurs des eczématisations subaiguës lentes, et des chroniques, de celles surtout qui occupent des surfaces limitées, et qui sont, par exemple, cantonnées autour des orifices naturels, ou sur les parties découvertes, une place importante appartient aux sels de mercure en pommades ou sur emplâtres. L'indication *vraie* cependant ne s'en présente pas aussi souvent que le ferait croire l'abus qui en est fait dans la pratique courante des médecins, et dans celle des empiriques; mais il faut ajouter, de suite, que cet abus a amené quelques-uns à n'en pas faire usage dans la mesure convenable.

Dans l'eczéma, l'emploi des pommades et des emplâtres hydrargyriques demande de la surveillance, de la mesure dans les dosages, qui doivent être progressifs soit comme composition soit comme durée d'application. Les résultats sont variables, même quand les conditions de la lésion, de la maladie, et du malade semblent identiques : tantôt remarquables,

tantôt nuls ou mauvais, avec cette remarque que les insuccès seront d'autant moins nombreux que la direction sera plus attentive, soigneuse, et graduée.

Indications : eczématisations chroniques, rebelles, séborrhéiques limitées, particulièrement dans les régions pilaires, autour des orifices naturels; dans les variétés infectées, impétigineuses, au niveau des plis, quelquefois avant la période d'état ou de déclin, mais surtout quand elle est établie.

Chez les très jeunes enfants, où l'irritabilité de la peau est toujours accentuée, les doses de mercure doivent toujours être faibles, et les applications intermittentes; nous employons habituellement les badigeonnages avec le liniment oléo-calcaire stérilisé, additionné de 20 pour 100 de *liqueur de van Swieten* sans alcool, suivis d'un pansement avec une pommade anodine telle que la pâte de zinc à base d'axonge très fraîche, ou d'aleptine.

Le *calomel*, l'*oxyde mercurique précipité* (oxyde jaune), le *sulfure rouge* (cinabre) sont les plus employés; *proto-nitrate* (onguent citrin) n'est applicable qu'aux surfaces très limitées, et à doses faibles.

a) ℞ Excipient.	20 grammes.
Calomel.	0gr,10 à 1 gramme.
M. s. a.	
b) ℞ Excipient.	20 grammes.
Oxyde jaune.	0gr,10 à 1 gramme.
M. s. a.	

Enfin le mercure entre comme composant dans un grand nombre de préparations *mixtes* employées contre l'eczéma.

a) ℞ Excipient.	20 grammes.
Tannin.	1 gramme.
Calomel.	0gr,10 à 1 gramme.
M. s. a.	
b) ℞ Excipient.	20 grammes.
Huile de cade.	1 à 5 —
Oxyde jaune.	0gr,50 à 1 gramme.
M. s. a.	

VIDAL.

Dans toutes les conditions ci-dessus indiquées, on peut utiliser l'*emplâtre de Vigo* sur toile fine; et l'*emplâtre blanc :*

℞ Calomel.	5 grammes.	
Emplâtre.	15 —	
M. s. a.		QUINQUAUD.

L'emplâtre le plus usité à l'hôpital Saint-Louis est l'*emplâtre* (mixte) *rouge*, de Vidal, préparé sur toile fine; il s'applique au traitement résolutif de placards limités; il est généralement bien toléré.

℞ Minium.	5 grammes.	
Cinabre.	3 —	
Emplâtre diachylon.	50 —	
M. s. a.		VIDAL.

E. — *Agents de réduction. — Pyrogallol, chrysarobine, et succédanés.* — Dans toute la série des eczémas psoriasiformes d'emblée ou secondairement — dans le groupe ambigu qui réunit en ce moment le psoriasis et l'eczéma, et rend leurs limites réciproques très difficiles à fixer — les *acides pyrogallique* et *chrysophanique*, ainsi que les succédanés — *aristol, anthrarobine, gallanol, naphtol*, etc., — interviennent très utilement. Tout ce que nous dirons de leur emploi dans les psoriasis (voy. plus loin, pp. 327 et suiv.) s'applique à ces eczémas, avec un peu plus de réserve, de modération, et de surveillance. Les dosages varient, sauf plus grande tolérance démontrée, de 2 à 5 p. 100; les applications se font à l'aide de coton hydrophile, de tampons de flanelle douce, de frottoirs de peau. Après avoir terminé la friction, on débarrasse la surface eczématisée du surplus, et on nettoie exactement la peau saine ambiante; ensuite, selon le cas et la région, la surface est poudrée avec du talc, ou enveloppée d'une mousseline moite, de baudruche de caoutchouc et d'une bande, ou simplement recouverte de *lint*, de mousseline, ou d'un duvet de coton hydrophile simple.

Comme dans tous les cas d'eczématisation traités par des agents énergiques, non seulement on a recours momentané-

ment aux pommades anodines s'il survient quelque irritation, mais il y a lieu de mettre, *d'abord*, cette pratique en usage systématiquement, en limitant la durée de chaque application au temps nécessaire pour ne pas atteindre le degré de *réaction* irritative. La durée du temps pendant lequel on doit laisser le contact varie de une demi-heure à plusieurs heures; puis la pommade est enlevée par lavage, et on applique une pâte anodine, de la poudre, ou un des modes de pansement ouaté sec ou moite, dont nous avons donné plusieurs fois l'indication.

Dans les formes localisées, ou quand la peau avoisinante est irritable, ou quand l'emploi de la pommade présente une difficulté quelconque, on peut recourir aux collodions ou aux divers *emplâtres* réducteurs (voy. p. 317 à 326).

℞ Styrax liquide.	20	grammes.
Cire jaune.	120	—
Lanoline caoutchoutée.	250	—
Pyrogallol, chrysarobine ou aristol, etc.	43	—

M. s. a.

(Hôpital Saint-Louis, Portes[1].)

Pour les emplâtres plus adhérents et plus fins, se servir des formules indiquées pp. 177 à 181.

F. — *Nitrate d'argent.* — Quand les séries médicatrices précédentes échouent régulièrement, et qu'il s'agit d'eczémas localisés ou limités, ou cantonnés — ombilic, conduit auditif externe, etc., — secs ou humides; les uns persistant à l'état exulcéreux sans tendance à la cicatrisation, ou reparaissant à la moindre reprise fonctionnelle, au plus léger traumatisme, — eczémas récidivants — les autres s'exfoliant indéfiniment, ou conservant une base dermique infiltrée, — dans ce dernier cas après décapage par le savon mou de potasse — dans tous ces cas, on modifie favorablement le champ d'eczématisation par le *nitrate d'argent.*

1. La dose des éléments réducteurs, qui, dans cette formule, est de 10 p. 100, peut être élevée ou abaissée.

Les cautérisations se font par badigeonnage au pinceau de ouate hydrophile imprégné d'une solution aqueuse de nitrate d'argent cristallisé de 1 p. 50 à 1 p. 10; nous employons le plus habituellement la solution faible, après quoi nous passons sur la surface, imprégnée du sel argentique, un *crayon de zinc métallique* — en imitation du procédé employé par Corradi pour les condylomes plats[1]. — La cautérisation est répétée, s'il y a lieu, quand la première exfoliation argentique est éliminée; et, avant chacune d'elles, la surface eczématique est nettoyée doucement avec une boulette de coton hydrophile imprégnée d'eau bouillie, légèrement savonneuse ou coaltarée, puis lotionnée avec la liqueur de van Svieten. A la suite de ces applications, compresses de tarlatane aseptique, moites d'eau tiède ayant bouilli, baudruche de caoutchouc, et bandage; pansement à visiter au moins une fois par vingt-quatre heures. Pour les cautérisations ultérieures, si l'effet a été insuffisant, le titre des solutions est élevé progressivement. Dans les fissures plicaturaires douloureuses, nous passons directement la pointe effilée d'un crayon de nitrate d'argent blanc mitigé, et, quelquefois, à sa suite, le crayon de zinc métallique si les applications simples sont insuffisantes.

G. — D'autres modes de réduction peuvent être tentés, tels que l'imprégnation *iodique*, les pansements à l'*acide picrique*, à l'*eau oxygénée faible*, à l'*eau bioxydée*, etc., mais à titre d'exception, pour des localisations peu étendues, et décidément rebelles.

Enfin, pour un placard d'eczéma lichénisé rebelle, etc., *scarifications linéaires* réitérées; exceptionnellement *ignipuncture*[2].

3° Électrothérapie.

L'évolution de quelques eczémas affecte des analogies si étroites avec celle des névrodermies qu'il était bien naturel de songer à utiliser l'action électrique; mais la franklinisa-

1. Le crayon de zinc est passé doucement à la surface comme un rouleau; on le maintient en état de service, en le nettoyant avec du papier de verre fin.

2. Chalot. — *Paris Médical*, nov. 1881.

tion, la pratique électrostatique réclament toujours un appareillage spécial et une direction compétente qui en limitent forcément le champ. En réalité, d'ailleurs, jusqu'à ces dernières années, les résultats obtenus étaient négligeables; bien que nous ayons, à plusieurs reprises, ouvert notre service à des confrères compétents, rien de décisif n'est issu de nos tentatives.

Aujourd'hui, la question peut être reprise sur de meilleures bases, à l'aide des courants de haute fréquence et de haute tension sur le terrain où elle a été placée par Oudin[1], l'électricité intervenant dans le traitement de l'eczématisation comme une sorte de topique local agissant surtout sur la périphérie nerveuse, épidermodermique, pour diminuer l'irritabilité du derme et régulariser la nutrition.

Voici le résumé des indications posées par Oudin.

A. — *Indications générales.* — Si on a affaire à une eczématisation aiguë, résultant d'une toxémie accidentelle, passagère, on peut observer une amélioration et même une guérison rapides.

Si l'affection est plus ancienne, et que sa cause occasionnelle ait disparu en laissant une altération subaiguë, chronique, du derme, ici encore l'action de l'électricité est rapide.

Mais dans les conditions contraires, on n'obtient plus qu'une amélioration partielle et passagère : diminution du prurit, de la rougeur, du suintement, etc. Dans les cas de guérison d'eczémas chroniques anciens, il est probable que l'élément névritique et trophique jouait le principal rôle.

B. — *Matériel électrothérapique.* — Courants alternatifs de haute fréquence à une tension comparable à celle des machines électrostatiques avec une intensité beaucoup plus grande. Débit moyen de 150 ou 200 milliampères sous une tension de plusieurs centaines de mille volts pour les appareils médicaux. L'extrême rapidité de leurs alternances,

1. Oudin. — *Soc. franç. de Dermat. et de Syph.*, session de 1894 tenue à Lyon, séance du 3 août, et *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 3e série, t. V, 1894, p. 1031 à 1041. Cf. Bordier. — Traitement électrostatique de l'eczéma, *Lyon médical*, 1896, t. LXXXI, p, 152 à 156.

qui se comptent par centaines de mille à la seconde, leur donnent des propriétés physiques et physiologiques tout à fait spéciales. On les produit habituellement, pour les besoins de la thérapeutique, au moyen d'une bobine de Rhumkorff donnant de 15 à 20 centimètres d'étincelle.

Le courant de cette bobine vient aboutir aux armatures internes de deux bouteilles de Leyde, assez rapprochées l'une de l'autre pour que des étincelles jaillissent entre les boules qui terminent leurs tiges. Entre les armatures externes est un solénoïde dans lequel prennent naissance les courants de haute fréquence. Dans ce solénoïde se place le malade qu'on veut soumettre à l'auto-conduction. Pour les applications locales usitées surtout en dermatologie, les étincelles que l'on recueillerait aux extrémités de ce solénoïde seraient trop brutales, douloureuses; on les rend utilisables en élevant beaucoup leur tension et en diminuant d'autant leur intensité au moyen d'un second solénoïde de résonnance dont la longueur est facilement réglable, et qui permet d'avoir à volonté des effluves, des aigrettes, des étincelles plus ou moins longues.

C. — *Technique.* — Pour le traitement de l'eczéma, convient surtout l'effluve quand l'affection est aiguë, douloureuse, accompagnée d'une réaction inflammatoire vive. Du solénoïde de résonnance part un conducteur souple, aboutissant à un manche isolant qui porte un fort balai de fils métalliques très fins. En promenant ce balai à quelque distance de la peau, on en voit jaillir une pluie d'effluves qu'on dirige pendant huit ou dix minutes sur les points malades. S'il s'agit d'un eczéma chronique, le balai est mis au contact de la peau, après avoir modifié la longueur du solénoïde de façon à remplacer l'effluve par de très petites étincelles dont on crible, pendant huit ou dix minutes, aussi la région malade.

IV

TRAITEMENT DE L'ECZÉMA DANS LES DIVERSES RÉGIONS EN PARTICULIER

I. Eczéma du cuir chevelu. — II. — de la barbe. — III. — généralisé de la face. — IV. — des sourcils. — V. — des paupiéres : *a*) — commun, simple ou propagé, médicamenteux, etc. *b*) — conjonctivo-palpébral; *c*) — de la base des cils, blépharite ciliaire, ou marginalite eczémateuse. — VI. — des oreilles. — VII. — des lèvres : quatre formes principales : *a*) — de l'appareil labial entier, — orbiculaire; *b*) — hypertrophiant des lèvres supérieure et inférieure, *c*) — sous-narinaire, — pilaire des narines, de la lèvre supérieure et du menton; *d*) — de la partie rouge des lèvres. — VIII. — des membres supérieurs, des mains, des ongles, des aisselles. — IX. — du col. — X. — des mamelles, du mamelon, de l'àréole. — XI. — hyperstéatidrosique de la région sternale et de la rainure inter-scapulaire, ou hyperstéatidrose eczématique, à parasites stéaticoles, des régions pré-thoracique et dorsale, lieu d'élection; — flanellaires, etc. — XII. — du nombril. — XIII. — de la région pubienne. — XIV. — de la verge et du scrotum : *a*) — du prépuce et du fourreau; *b*) — du gland; *c*) — du scrotum. — XV. — de la vulve. — XVI. — de l'anus. — XVII. — des membres inférieurs : *a*) — des jambes ; *b*) — de la partie supéro-interne des cuisses; *c*) — des creux poplités; *d*) — des pieds.

Bien que le chapitre précédent contienne les éléments du traitement externe de l'eczématisation dans ses formes multiples, il pourrait subsister quelques lacunes sur les particularités d'application propres à chacune des localisations régionales; ce quatrième chapitre n'a d'autre objet que de combler sommairement ces lacunes ; il y est toujours supposé que le lecteur a pris connaissance du précédent, que le dernier complète, mais ne remplace pas.

I

Eczéma du cuir chevelu.

L'eczéma du cuir chevelu réclame l'intervention médicale directe, nécessaire pour un traitement énergique et à action rapide, ayant des indications de détail multipliées. Sauf chez les très jeunes enfants, et chez quelques sujets à hérédité

mentale, ou à accidents encéphaliques préalables, la médication externe doit toujours être poursuivie activement. On n'omettra pas la recherche des causes, en premier lieu, de la phthiriase, même dans les cas en apparence les moins suspects; les cheveux chez les femmes en particulier devront être examinés minutieusement; dans l'affirmative, la destruction des parasites, l'avulsion des lentes s'imposent d'emblée. Chez les femmes de tout âge les teintures, chez les hommes les cosmétiques, etc.; l'hyperidrose et l'hyperstéatose habituelles, etc.

A. — *Période aiguë.* — Dans la période suraiguë ou aiguë, lorsque le cuir chevelu est couvert d'exsudats croûteux, sordides — désinfection immédiate.

1° S'il s'agit d'un homme ou d'un enfant, les croûtes sont ramollies sous une douche en arrosoir, ou sous l'action d'une pulvérisation de vapeur tiède, après avoir badigeonné avec de l'huile additionnée de 1 p. 100 de *baume du Pérou*, d'*acide phénique* ou de *naphtol;* puis, les cheveux sont coupés ras aux ciseaux. Cela fait, la surface entière est pansée avec un cataplasme de fécule tiède suivant les règles indiquées plus haut; et, aussitôt qu'elle est détergée et désinfectée, on substitue le pansement moite avec les mousselines aseptiques recouvertes de baudruche de caoutchouc, et maintenues par une capeline. Si tout cela est exécuté ponctuellement, on peut, très rapidement, simplifier en appliquant un bonnet de caoutchouc élastique, adapté à la dimension de la tête, enfoncé jusqu'au sommet, puis les bords relevés pour n'être pas en contact avec la peau saine du front — les oreilles sont séparées de la région mastoïdienne par des bandelettes d'ouate aseptique; le bonnet est lavé à l'eau froide toutes les quatre heures environ.

Soir et matin, un savonnage léger; pulvérisation tiède : nettoyage complet au coton hydrophile, sous la douche pulvérisée. Dans les formes parasitaires, staphylococciques simples, etc., sans folliculites, l'eczématisation s'atténue rapidement, et il suffit de peu de jours pour arriver à la guérison.

Pour les cas compliqués, ou rebelles, lotions coaltarées, hydrargyriques, etc. (v. p. 160 à 162), enveloppements moites, puis série thérapeutique ascendante des périodes d'état et de déclin.

2° Chez la femme et chez la jeune fille, à moins que l'eczématisation ne soit très ancienne, rebelle, ou que la chevelure soit dans un état de dégradation qui en ait rendu le sacrifice indispensable, les cheveux doivent être conservés; mais la difficulté du traitement en est singulièrement accrue.

La douche en arrosoir, en pluie fine, la douche de vapeur pulvérisée tiède simple ou additionnée (voy. p. 140 à 142), doivent être employées jusqu'à désinfection et déblaiement complets.

Matin et soir, la douche et le nettoyage terminés, les cheveux sont ramenés sur le haut de la tête, et l'on applique un bonnet de caoutchouc, à partie supérieure évasée, dont l'occlusion marginale est assurée à l'aide d'un ruban de laine, et on isole les oreilles comme il a été indiqué; toutes les cinq ou six heures, lavage du bonnet.

3° Pour les très jeunes enfants, ce que nous avons indiqué pour l'adulte homme est applicable, avec les atténuations de mise en pratique que réclame l'âge lui-même : le bonnet de caoutchouc élastique sera remplacé par des « béguins » à trois pièces simplement assemblées, en toile fine de caoutchouc, fabriqués assez nombreux pour pouvoir être changés toutes les trois heures environ, bien nettoyés, et réemployés seulement quand ils auront été séchés et désinfectés, et le plus ordinairement, on les appliquera sur des compresses moites d'eau bouillie simple, ou additionnée (v. p. 160 à 162); à chaque changement, la tête sera essuyée au coton hydrophile avec de l'eau boriquée tiède, ou de l'eau coaltarée ou savonneuse faible.

B. — *Période d'état.* — Après avoir mis la surface du cuir chevelu en meilleur état, s'il n'y a aucune des contre-indications que nous avons précisées, pages 128, 131, on peut commencer les applications actives.

1° Chez les nourrissons et les très jeunes enfants (v. p. 131),

la médication de la première période doit être, prudemment, prolongée, pour essayer d'arriver à la conclusion par les moyens simples qui la composent ; c'est seulement quand la nécessité est établie, que nous avons recours aux agents de la seconde série, avec surveillance, et avec atténuation des doses[1].

2° Chez l'homme et chez le jeune sujet, le bonnet de caoutchouc continue à être appliqué la nuit. Le matin, et le soir, douches pulvérisées, ou en pluie fine, nettoyage au savon ou à l'eau coaltarée, essuyage avec des boulettes de coton hydrophile moites de *liqueur de van Swieten*. Pendant le jour, si le malade est hospitalisé ou retenu, onctions avec l'*huile de cade* pure ou additionnée, ou avec les *glycérolés cadiques* (v. p. 324) ; si la sensation de chaleur et d'irritation persiste, au delà d'une demi-heure à une heure, lavage de la tête à la douche pulvérisée, et pansement moite simple ; si le goudron n'est pas encore toléré, applications anodines provisoires.

3° La période aiguë décidément finie, et quand il reste seulement de la rougeur légère, des squames, de l'hyperstéatose, un peu de prurit, la série progressive des médications intensives commence. Le plus habituellement, nous débutons par

1. Dans les formes ordinaires ou humides, Lassar, après avoir fait laver deux fois par jour le cuir chevelu avec de l'infusion de camomille tiède et du savon, pratique à la suite de chaque lavage une onction avec la vaseline salicylée et benzoïnée.

℞	Acide salicylique	1 gramme.
	Teinture de benjoin	2 —
	Vaseline jaune.	50 —

M. s. a.

Quelques enfants, en effet, supportent cette médication, mais nous ne commençons la première application qu'à dose restreinte :

℞	Acide salicylique	0gr,25.
	Teinture de benjoin	X gouttes.
	Vaseline jaune.	25 grammes.

M. s. a.

Onction à exécuter avec des pinceaux de ouate renouvelés chaque fois, en ne portant jamais sur la pommade le pinceau qui a servi, comme le feront inévitablement les mères, si elles ne sont pas informées par le médecin.

la pommade suivante, avec laquelle il est fait tous les soirs une friction sur le cuir chevelu :

℞ Résorcine.	ââ	0gr,25 à 1 gramme.
Acide salicylique.		
Huile de cade, ou huile de bouleau, ou baume du Pérou		2 à 5 grammes.
Soufre précipité récemment préparé.		3 à 6 —
Vaseline ou lainine hydratée, ou axonge benzoïnée ou récemment préparée, ou aleptine, etc..		45 —

M. s. a.

Le matin, la tête est lavée à l'eau chaude avec un *savon d'ichthyol* ou de *goudron*.

Dans toutes les variétés rebelles, sèches, psoriasiformes, l'*acide pyrogallique*, seul ou uni à l'*ichthyol* et à l'*acide salicylique*, constitue l'agent thérapeutique essentiel, l'*acide chrysophanique* étant laissé de côté en raison de la coloration qu'il donne aux cheveux, et du voisinage des paupières particulièrement irritables par la chrysarobine.

℞ *a*) Acide pyrogallique		1 à 3 grammes.
Vaseline, ou axonge, ou lainine hydratée.		30 —

M. s. a.

℞ *b*) Acide pyrogallique		1 à 3 grammes.
Ichthyol.	ââ	0gr,30 à 1 —
Acide salicylique.		
Axonge ou lainine hydratée.		30 grammes.

M. s. a.

Ces pommades, toujours dosées pour chaque cas, sont généralement bien supportées, au moins pendant quelques heures ; si une irritation positive se prolonge : lavage, douches pulvérisées, pansements moites, pommades anodines, temporairement.

4° Chez la femme ou chez la jeune fille, quand la chevelure est conservée, les frictions se font avec de très petites quantités de pommade, dans les raies ; lavages à l'aide des douches

pulvérisées tièdes, à défaut, avec des boulettes de coton hydrophile imprégnées d'*eau ammoniacale* ou d'*éther pétroléique*, ou d'*eau coaltarée*, ou d'eau additionnée d'*extrait fluide de panama*, de décoction chaude et savonneuse de bois de panama, ou de *solutions saponinées*, etc., ou avec les divers savons simples ou médicamenteux, le *savon d'ichthyol* en particulier.

II

Eczéma de la barbe.

Quand un eczéma commun ou impétigineux, aigu ou chronique, occupe la barbe en même temps que le reste du visage, les soins particuliers réclamés par la localisation pilaire consistent uniquement dans l'obligation de couper la barbe aux ciseaux, et de la maintenir ainsi jusqu'à guérison ; on peut alors appliquer les cataplasmes pendant toute la période aiguë, les pansements moites de tous les types, et, ensuite, la série graduée des pommades curatives appropriées, particulièrement celles qui ne sont pas tinctoriales, en raison de leur application sur les parties découvertes.

La forme ci-dessous visée est l'eczéma localisé à la barbe et permanent, le plus habituellement sec et squameux avec séries de folliculites intercurrentes, angio-folliculites pilaires, — affection individualisée, profonde, et rebelle.

Les poils étant tenus tout à fait ras aux ciseaux aussi longtemps qu'il y a de l'irritation, manifestée soit par la rougeur de la peau soit par l'état vitreux des gaines, etc., on fait, pendant la nuit, des applications de cataplasmes de fécule tièdes, de compresses de mousseline ou de lint imprégnées de *solutions résorcinées* à doses croissantes 1 à 10 pour 1000. Le matin, et une autre fois dans la journée, pulvérisation de dix à vingt minutes avec eau tiède résorcinée ou *coaltarée* aux mêmes doses, suivie d'une lotion rapide à

l'aide de coton aseptique imprégné, légèrement, d'*alcool résorciné* ou *boriqué*.

℞ Résorcine, ou acide borique . . . 1 gramme.
Alcool à 90°. . . . . 100 —
Dissolvez.

Puis, onction avec une très petite quantité de pommade faible à l'*oxyde de zinc;* on essuie, et on poudre légèrement. Ces moyens de traitement mis en action seulement le soir, le matin, et pendant la nuit, permettent au patient de ne pas changer son existence ordinaire. La période irritative dépassée, pommades substitutives, résolutives, réductrices : — parties égales de vaseline, et d'*emplâtre de protoxyde de plomb* (pommade de Hebra); *glycérolé cadique*, pommades *au calomel, au cinabre;* exceptionnellement *nitrate d'argent*. Dans les cas rebelles, à récidives incessantes, l'*épilation méthodique*, réitérée à plusieurs reprises, est le seul moyen absolu. Exceptionnellement, scarifications linéaires après épilation; les folliculites intercurrentes rebelles sont aisément réprimées par l'électro-caustique, qui peut aussi, en applications très superficielles, devenir un modificateur local favorable, alors même que l'épidermite n'a pas dépassé la portion canaliculaire du follicule.

III

Eczéma généralisé de la face.

La marche initiale de cette forme, généralement aiguë, réclame les *pulvérisations* tièdes simples, ou faiblement résorcinées ; les applications moites de mousselines aseptiques imprégnées d'eau bouillie simple, d'*infusions aseptisées* de fleurs de mauve, de mélilot, de sureau, etc., recouvertes de baudruche de caoutchouc, et maintenues par un masque de linge fin attaché avec des cordons ; renouvellement toutes les deux ou trois heures. Bientôt, pulvérisations et *lotions astringentes*

faibles de *tannin*, 1 p. 500; d'*eau blanche*, 1 p. 100; de *résorcine*, 1 p. 200, etc.; enfin applications intermittentes de compresses moites des solutions faibles de *bichlorure* ou de *cyanure de mercure* au dix-millième, préparées sans alcool, et, dans les cas rebelles, solutions graduées de *sulfate de zinc* et de *sulfate de cuivre* ou les deux réunis — *eau d'Alibour* (formule et doses, note 2, p. 161). Pommades d'abord anodines, cold-cream à l'*oxyde de zinc*, puis au *calomel* (0gr,10 à 1 p. 30), etc., selon les cas et la tolérance, pommade à l'*oxyde jaune* aux mêmes doses, etc., enfin les mousselines-pommades, ou les emplâtres d'adhérence modérée.

Chez les jeunes enfants, les nouveau-nés et les nourrissons l'eczéma de la face est fréquent — dentition, troubles digestifs, stéatidrose du cuir chevelu, cachexie lymphatique, etc. Dans la majorité des cas, sous les réserves que nous avons indiquées, le traitement local doit être activement poursuivi, sans rien négliger de la médication générale — troubles digestifs rectifiés, alimentation réglée, lait stérilisé peu après la traite, etc. Cuir chevelu tenu en état parfait; traitement actif des foyers séborrhéiques, sébacés ou eczématiques, sans négliger les plis auriculaires, qui doivent être, jusqu'à guérison absolue, nettoyés, pansés, surveillés, et garnis de coton hydrophile séparant les surfaces de contact. Dans les deux premières formes, eczéma réflexe, digestif ou dentaire, et eczéma secondaire à la dermite séborrhéique du cuir chevelu, les orifices naturels et leur atmosphère, et même le pli rétro-auriculaire quelquefois, sont généralement intacts; mais quand se joint la cachexie lymphatique qui favorise les pyogénies secondaires, les orifices sont atteints; il y a de l'otorrhée, du catarrhe nasal, des blépharo-conjonctivites souvent graves, des adénopathies aiguës. Dans ces conditions il faut un traitement ophthalmologique immédiat et actif, une désinfection sévère de toutes les surfaces eczématiques; l'action directe du médecin devient indispensable à titre local comme à titre général. On prendra les mesures nécessaires pour que l'enfant ne puisse se gratter le visage et transporter partout les

exsudats et les croûtes; les pansements devront être occlusifs; ce sera, en même temps, garantir la peau ouverte contre les inoculations secondaires de toute espèce, les inoculations tuberculeuses en particulier.

Les pommades et les emplâtres à mettre en usage sont de la série anodine d'abord, puis les pommades de la série hydrargyrique (*précipité blanc* et *oxyde jaune*), en commençant par les doses mimimes, élevées progressivement, avec la surveillance nécessaire.

IV

Eczéma des sourcils.

Tantôt l'eczéma des sourcils fait partie intégrante d'un eczéma facial généralisé, et son traitement se confond avec celui de l'affection dans son ensemble; tantôt il est localisé, limité aux sourcils, constituant une des variétés les plus nettes de l'eczéma pilaire séborrhéique, dans lequel la qualité eczématique propre est discutable, mais que nous retenons à cause de sa fréquence et de son grand intérêt pratique.

Primitive ou secondaire, isolée, ou coexistant avec la xérodermie pilaire, avec la séborrhée dépilante du cuir chevelu, ou la séborrhée névrotique de la face, la séborrhée « eczématique » des sourcils, est une affection essentiellement chronique, dépilante, et qui devient régulièrement une obsession — dermatomanie. La peau est rouge, squameuse; les malades n'osent plus toucher aux sourcils, et les surfaces se recouvrent de croûtes grasses et de squames.

Après avoir ramolli les exsudats avec de l'huile additionnée de *baume du Pérou*, et détergé la région à l'aide de coton hydrophile, et d'eau tiède additionnée de quelques gouttes de *coaltar saponiné*, on fait une lotion rapide avec la *liqueur de van Swieten*, puis une application légère, toujours avec une boulette de coton hydrophile, d'une goutte d'*huile de*

bouleau blanc, ou d'un peu des *pommades soufrées*, *salicylées*, *résorcinées* que nous avons indiquées pour le cuir chevelu. Si la médication est menée exactement et résolument, et après la phase mélancolique causée par la chute des poils caducs provoquée par les premières applications, le calme se rétablit, et la guérison s'obtient, ou un état normal satisfaisant, à l'aide de la continuation des soins locaux.

V

Eczéma des paupières.

A. — Ecz. commun, simple, propagé, médicamenteux, etc. B. — Ecz. conjonctivo-palpébral. C. — Ecz. de la base des cils, blépharite ciliaire ou marginalite eczémateuse.

A. — ECZÉMA COMMUN

Isolée, ou partie intégrante d'un eczéma facial, cette localisation, toujours pénible par le prurit souvent excessif, est rebelle et délicate à traiter; elle réclame un examen attentif des conduits lacrymaux et des cavités nasales.

Les applications du début doivent être anodines : cataplasmes de fécule tièdes, compresses d'eau bouillie, de solution de *sublimé* au dix-millième; pulvérisations tièdes d'eau, bouillie, ou d'eau additionnée de faibles quantités de *résorcine*, 0gr,10 p. 100; pommades rarement tolérées.

Les formes intenses sont surtout du ressort de l'ophthalmologiste[1]; dans les variétés prolongées, à exfoliation

1. *a*) « Dans l'eczéma aigu des paupières, dit le professeur Panas (*Traité des maladies des yeux*, 1894, t. II, p. 97), qui presque toujours se lie à l'eczéma *rubrum* de la face, et va jusqu'à simuler l'érysipèle, les deux yeux sont habituellement envahis, et les paupières, devenues rouges, œdémateuses, se ferment et s'entropionnent, au point qu'il faut se servir d'écarteurs pour les redresser. En même temps la peau, d'un rouge vif, laisse suinter de la sérosité jaunâtre qui, par desséchement, se transforme en croûtes adhérentes.

b) « L'état eczématoïde des paupières, succédant à des instillations d'atropine chez certains individus prédisposés, cède le plus souvent après qu'on a supprimé le collyre. L'ésérine, la gaze salolée, les acides phénique, salicylique et le sublimé

furfuracée, séborrhéiques, l'emploi des pommades finit par s'imposer, mais il est toujours délicat sur les paupières, et le succès incertain; une médication interne appropriée à l'état du malade, l'usage de l'*arsenic*, deviennent indispensables.

B. — ECZÉMA CONJONCTIVO-PALPÉBRAL OU PALPÉBRO-CONJONCTIVAL

Cet eczéma, un des plus rebelles, tantôt émane de la conjonctive et s'étale sur la peau; tantôt, et plus rarement, de la peau passe à la conjonctive; dans les deux cas, il est un eczéma *irritable*.

A la période irritative intense, cataplasmes de fécule la nuit, ou compresses d'eau boriquée faible; le jour, deux ou trois fois, répétition de l'application des compresses. Aussitôt que l'irritation décroît du côté de la conjonctive, et quel que soit, d'ailleurs, l'état de la peau, agir, d'emblée, par les antiseptiques en lavages tièdes sur les conjonctives, dont les sécrétions pathologiques sont très eczématisantes pour la peau. Irrigations conjonctivales, et compresses tièdes, matin et soir, à l'aide de l'une des deux solutions suivantes :

℞ Eau bouillie.	500 grammes.
Sublimé (sans alcool).	0gr,05

Dissolvez.

ou :

℞ Eau bouillie.	500 grammes.
Cyanure de mercure.	0gr,05

Dissolvez.

Cette dernière solution est généralement mieux supportée. La médication, ci-dessus indiquée, a été appliquée par Trous-

en produisent également chez les personnes à peau irritable; il en est ainsi de l'occlusion prolongée.

c) « L'eczéma palpébro-facial chronique et tenace demande, pour être modifié, qu'on enlève les croûtes et qu'on applique une pommade composée de 30 grammes de vaseline ou de lanoline et de 2 à 4 grammes de calomel ou de bioxyde de mercure. Les attouchements à la solution de nitrate d'argent ou de sulfate de zinc conviennent également; quant au goudron et à l'huile de cade, leur action est moins sûre. »

seau, dans notre service à l'hôpital Saint-Louis, avec des résultats satisfaisants, et nous l'avons adoptée comme générale. Sur la peau, la conclusion s'obtient à l'aide des pommades, mais sans pouvoir éviter la graduation et les tâtonnements; leur indication appartient à peu près exclusivement aux formes torpides, et se présente, en réalité, rarement[1].

Leloir a insisté avec raison sur les formes d'eczéma palpébral annexes de l'eczéma séborrhéique du cuir chevelu, en rappelant que la prophylaxie des lésions des paupières implique l'extinction des foyers du cuir chevelu selon le précepte très pratique de Unna[2].

C. — ECZÉMA DE LA BASE DES CILS; BLÉPHARITE CILIAIRE ECZÉMATEUSE; MARGINALITE ECZÉMATEUSE

Ces localisations très fréquentes, isolées ou en coexistence avec d'autres eczémas, et particulièrement l'eczéma pilaire de la lèvre supérieure, réclament souvent l'épilation, et doivent être poursuivies avec soin, car à l'état prolongé, elles amènent l'alopécie ciliaire, et, d'autre part, forment des foyers insidieux de multiplication eczématique sur place, ou à distance. Indépendamment de l'hygiène oculaire, du traitement général approprié (arthritisme ou lymphatisme), les

1. Cf. De l'Eczéma des paupières et de son traitement, par Galezowski, *Bullet. de la Soc. franç. de Dermat.*, 1895 et *Ann. de Dermat. et de syph.*, 3e série, t. VI, p, 300.

2. Voici le résumé de la pratique de Leloir sur ce point :

Lotions résorcinées en solution non alcoolique (une à deux cuillerées à café d'une solution aqueuse à 1 p. 30 dans une demi-tasse d'infusion chaude de camomille).

Matin et soir une onction du bord libre avec une pommade résorcinée faible, ou la pommade au précipité jaune, ou la pommade à l'oxyde de zinc.

Lorsqu'il y a hypersécrétion, l'attouchement de la conjonctive palpébrale inférieure avec le crayon de sulfate de cuivre ou le crayon de nitrate d'argent mitigé, le crayon d'alun, les instillations faibles de nitrate d'argent, les lotions diluées de bichlorure de mercure, sont indiquées suivant les cas. Les complications plus graves sont du ressort de l'oculistique. Le traitement hygiénique, surtout chez les arthritiques, ne devra pas être négligé. Il faudra proscrire les travaux intellectuels, l'écriture, la lecture à la lumière, surtout à la lumière du gaz; il faudra éviter d'avoir la figure tournée du côté du feu; recommander aux malades de se coucher tôt et de se lever tôt, de ne travailler que le jour, de prendre beaucoup d'exercice au grand air. Régime des arthritiques, et, suivant les cas, alcalins, arsenicaux, laxatifs, soufre, antiseptiques intestinaux, et, si cela se peut, séjour dans une station thermale appropriée (Uriage, Saint-Gervais), voire même, dans quelques cas particuliers, au bord de la mer (*Journal des Mal. cut. et syph.*, avril 1895, p. 209 et suiv.)

soins locaux les plus minutieux sont indispensables; le matin, les bords ciliaires sont essuyés avec du coton hydrophile sec, puis lavés avec un peu d'eau bouillie tiède à laquelle on ajoute quelques gouttes de *glycérine boratée :*

℞ Glycérine.	30 grammes.
Borate de soude.	2 —

Dissolvez.

Les croûtes sont soigneusement enlevées, et les bords ciliaires lavés à la solution faible de *sublimé* ou de *cyanure de mercure :*

℞ Eau bouillie.	100 grammes.
Cyanure de mercure.	0gr,01

Dissolvez.

Les érosions et les ulcérations sont touchées au *sulfate de cuivre* ou au *nitrate d'argent* blanc mitigé; les cils enlevés à la pince au niveau des points malades.

Si la lésion a quelque acuité, cataplasmes de fécule, une nuit ou deux, et, le jour, à deux reprises, compresses tièdes de la solution ci-dessus, laissées en place pendant quinze à vingt minutes.

Aussitôt une amélioration marquée obtenue, lotions avec la glycérine boratée étendue d'eau matin et soir; le matin, un peu de pommade d'*oxyde de zinc* faible; le soir, pommade à l'*oxyde jaune*.

℞ Oxyde jaune de mercure	0gr,05 à 0gr,10
Vaseline.	10 grammes.

M. s. a.

VI

Eczéma des oreilles.

L'eczéma des oreilles est très fréquent comme prélude, accompagnement, ou reliquat des eczémas de l'extrémité céphalique : début par le conduit auditif externe ou par le

pli rétro-auriculaire ; c'est là, également, qu'en demeurent, latents, les reliquats, et là où ils doivent être traités jusqu'à guérison absolue, si l'on veut éviter des exacerbations et des récidives incessantes.

A. — Pour l'eczéma des pavillons, très irritable, cataplasmes de fécule, douches tièdes pulvérisées successivement anodines, *résorcinées*, *coaltarées*, *hydrargyriques*; lotions et pansements moites, de même ordre et de même graduation ; pommades successives, des anodines aux plus actives, selon la période[1].

Pour l'eczéma des plis rétro-auriculaires, les lotions devront être faites très soigneusement, ainsi que les applications de pansements secs, moites, ou les pommades, et, de règle les surfaces de contact, jusqu'au fond du pli, seront séparées soit par du coton hydrophile, soit par des compresses de *lint* aseptique, découpées de façon à s'adapter exactement aux contours du pli ; les badigeonnages avec les solutions de nitrate d'argent, et même la cautérisation de la fissure au nitrate d'argent, sont souvent nécessaires.

B. — Nous appelons l'attention sur l'eczéma débutant par les canaux de perforation des boucles d'oreille, ou les ayant atteints : dans les deux cas, les boucles doivent être enlevées et remplacées, pendant la durée de l'eczéma, par un anneau de fils de soie aseptique noués à 1 centimètre au-dessous du lobule, pour éviter l'oblitération des canaux de perforation.

C. — L'eczéma du conduit auditif externe est fréquent, très ordinaire dans la série séborrhéique, à des degrés très variés, depuis le catarrhe sec le plus fruste jusqu'aux eczématisations actives; il a, pour séquelle fréquente, les glomérulites furonculeuses et il est essentiellement récidivant — *Ecz. récidivant du conduit auditif externe, ou otite externe eczématique récidivante.* Chez les sujets prédisposés, il naît ou s'exas-

1. Parmi les préparations nouvelles, le boral, — boro-tartrate d'aluminium, — en pommade à 10 p. 100, a été indiqué comme favorable, sédatif, dans les eczémas du conduit auditif. Koppel, U. e. n. Aluminium prap., *Therap. Monatsch.*, t. IX, p. 614.

père sous l'action des troubles digestifs ou des aliments eczématigènes, sous l'influence du froid, et sous l'action des irritations locales de tout ordre auxquelles donnent lieu, ou qu'exaspèrent la négligence des soins de l'oreille, le grattage exercé avec les cure-oreille improvisés, le contact des liquides pathologiques venant de l'oreille moyenne, les divers agents médicamenteux usités pour le traitement de cette otite, etc. Des irrigations avec les solutions *résorcinées* faibles ; des applications, faites avec des pinceaux de ouate aseptique, ne servant qu'une fois, de *vaseline boriquée* simple, la suppression des grattages, amènent rapidement une amélioration dans les formes légères; et la guérison se complète par les pommades au *calomel* faibles, les lotions de *glycérine boratée*, ou d'*huile balsamique :*

℞	Huile stérilisée.	20 grammes.
	Huile de bouleau blanc.	1 à 2 —

M. s. a.

Dans les formes humides, installées, pansements avec des mèches de coton hydrophile aseptique graissées de pommade à l'*oxyde de zinc* ou au *sous-nitrate de bismuth*, nettoyages ou lavages, avec les solutions, au dix-millième, de *bichlorure* ou de *cyanure de mercure;* et, dans les cas rebelles, badigeonnages avec des solutions de *nitrate d'argent* de 1 p. 100 à 1 p. 10[1]. Pommades à l'*oxyde de zinc*, au sous-nitrate de bismuth, à l'*acide borique*, ou poudrage avec les poudres impalpables de *talc* et d'acide borique. Pour les cas difficiles ou compliqués, sans préjudice des médications internes, com-

1. A tous les degrés de l'eczéma du conduit auditif externe Hermet conseille la pratique suivante :

Après avoir nettoyé et lavé le conduit auditif avec un pinceau stérilisé, imprégné de liqueur de van Swieten pure, on y introduit un tampon de coton largement imbibé d'une solution de nitrate d'argent à 10 p. 100, dont le volume est proportionné au diamètre du conduit, et qu'on laisse en place pendant vingt-quatre heures. Lorsque, le lendemain, on enlève le tampon on ne constate plus trace de vésicules ni de dermatite et tous les symptômes subjectifs ont disparu. Le conduit présente une coloration noire uniforme. Au bout de deux ou trois jours, desquamation gris foncé. La douleur éprouvée est peu considérable.

Si une poussée nouvelle d'eczéma se produit, on a de nouveau recours à l'application du nitrate d'argent, qui donne les mêmes résultats.

munes ou spéciales, pansements exécutés selon la technique des otologistes et médication poursuivie jusqu'à guérison *complète*, pour mettre un terme (?) aux poussées eczématiques indéfiniment récidivantes, qui émanent du foyer auditif. Quand l'eczématisation du conduit auditif externe diminue son calibre au point d'oblitérer plus ou moins l'audition, pansement avec des mèches de calibre suffisant.

VII

Eczéma des lèvres.

Quatre formes principales : A. — Ecz. de l'appareil entier, orbiculaire ; B. — Ecz. hypertrophiant des lèvres, supérieure ou inférieure ; C. — Ecz. sous-narinaire (eczéma pilaire de la lèvre supérieure) ; D. — Ecz. de la partie rouge des lèvres.

A. — ECZÉMA ORBICULAIRE DES LÈVRES

Souvent isolé, il constitue une des manifestations les plus tenaces de l'eczéma commun, surtout chez les femmes de tout âge et chez les enfants ; suintant ou sec, fissuré, fendillé, dessinant en fines rhagades les plis orbiculaires, se localisant aux commissures où il s'éternise, et où il peut simuler des plaques syphilitiques commissurales ; très pénible en raison de la défiguration, et des douleurs, ou de la gêne fonctionnelle, que renouvelle incessamment l'écartement des fissures dans tous les mouvements de la bouche.

Dans les variétés commissurales progressant de haut en bas, on n'omettra pas de rechercher les *origines* buccales, soit par altération salivaire, soit par usage de dentifrices irritants pour la peau — particulièrement de ceux qui contiennent du salol, substance au plus haut degré eczématigène, etc., etc. — s'écoulant par les commissures pendant la toilette des dents.

Les indications générales saisies et fixées, l'état de la cavité buccale et du tube digestif établi, et les causes provocatrices spéciales éloignées, cet eczéma peut être rapidement amélioré, même quand les fissures plicaturaires sont nom-

breuses et profondes : pulvérisations tièdes réglées selon l'état d'irritation ; application de compresses moites d'*eau résorcinée* faible — 0,10 à 0,50 p. 100, maintenues avec une bandelette de caoutchouc de la forme et de la dimension de la surface eczématisée, — six à huit centimètres de longueur, trois à cinq de largeur ; — sa partie moyenne, correspondant à la fente buccale, doit être incisée, sans rien enlever du tissu, horizontalement, dans une longueur de 3 à 4 centimètres ; si les cordons sont convenablement (modérément) tendus, le caoutchouc s'applique très exactement sur les parties malades, la langue peut être projetée hors de la bouche, etc.[1].

Au bout de très peu de jours, la bandelette de caoutchouc sera appliquée immédiatement sur la surface malade, et suffira à elle seule, pour tout traitement local, plusieurs fois lavée et essuyée, comme dans tous les cas où l'occlusion est directe.

Pour les formes particulièrement rebelles, solutions faibles de *sublimé*, de *sulfate de zinc et de cuivre* (eau d'Alibour) ; pommades, simples ou mixtes, à l'*acide salicylique*, au *soufre* et à l'*huile de cade*, au *calomel*, à l'*oxyde jaune*, mesurées et graduées selon la tolérance, et avec la direction suivie à laquelle seule s'attache le succès.

B. — ECZÉMA HYPERTROPHIANT DES LÈVRES SUPÉRIEURE OU INFÉRIEURE

Le plus habituellement secondaire à l'eczéma chronique ou réitéré des fosses narines, lié au coryza permanent ou habituel des jeunes sujets lymphatiques ; son caractère prédominant est l'œdème lymphatique proliférant qu'il détermine, et qui déforme typiquement la lèvre supérieure, à la face buccale de laquelle on trouve régulièrement des rhagades linéaires, ou leurs cicatrices ; mêmes caractères à la lèvre inférieure.

L'usage de la bandelette de caoutchouc élastique laminé

1. Notre appareil peut servir à maintenir tous les pansements de la région.

est ici à double action, à la fois par la compression qu'elle produit, et par son action occlusive directe; en la faisant porter aux enfants pendant la nuit, directe ou médiate, même après guérison de l'eczématisation, on arrive à restaurer les lèvres à l'état normal.

C. — ECZÉMA SOUS-NARINAIRE OU ECZÉMA PILAIRE DES NARINES, DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE ET DU MENTON.

Cette affection, très commune, et qui est bien un eczéma malgré des opinions contradictoires, était confondue traditionnellement avec diverses tricho-folliculites sous le nom de sycosis et d'impétigo sycosiforme; nous avons cru devoir l'individualiser plus particulièrement en la décrivant sous le nom d'eczéma récidivant de la lèvre supérieure. C'est un eczéma spécialisé par son origine narinaire ou nasale, par la région qu'il occupe, et par la propagation du processus eczématique au canal pilaire, — angio-folliculite pilaire eczématique ne dépassant pas l'abouchement du follicule sébacé, et sans périfolliculite profonde — et par ses récidives incessantes. On l'observe particulièrement chez les sujets lymphatiques ou arthritiques, en coïncidence commune, chez les premiers, avec l'eczéma ciliaire palpébro-conjonctival — lieu de début, et d'origine: les fosses narines, à l'occasion de coryzas réitérés; agent irritatif provocateur multiple : les sécrétions nasales; bactéries, infections secondaires multiples. Tout à fait au début, on constate, à l'infundibulum pilaire, de très petites vésico-pustules centrées par le poil; puis la lésion envahit l'épidermoderme inter-pilaire, s'étale à la région sous-narinaire, et fissure le pli de la sous-cloison ; de là elle s'étend à droite et à gauche, plus ou moins loin dans la région de la moustache, débordant rarement vers la barbe et vers le menton. Non traitée, non désinfectée, ou soumise à des applications inopportunes, la région se couvre de croûtes sordides intriquées dans les poils, et prend mauvais aspect.

Il faut désinfecter et asepsier les fosses nasales et nari-

naires; éloigner les causes d'infection secondaire et d'irritation de cause externe ; instituer s'il y a lieu, une médication conforme, selon que le sujet est arthritique ou lymphatique et régler le traitement de la forme constatée du coryza habituel. Pour le traitement de la lésion locale, dans sa période irritative et sordide, avulser les croûtes, et couper les poils, à niveau aux ciseaux; donner deux pulvérisations de vapeur d'*eau tiède résorcinée* 1 p. 100, de dix minutes de durée chaque jour ; la nuit, cataplasmes de fécule tiède; *vaseline boriquée à l'oxyde de zinc* le jour; cataplasme, si le malade est hospitalisé ou garde la chambre. Au bout de deux à quatre jours, souvent plus tôt, *épilation* des fosses *narines* et de la partie malade de la lèvre, en empiétant de 2 millimètres dans les poils sains, après quoi on fait la rasure des parties restées saines. Le lendemain de l'épilation, un peu de rougeur et quelques vésico-pustules miliaires d'épilation — cataplasmes, et pulvérisations résorcinées ou sublimées faibles, encore quarante-huit heures.

Dès ce moment, on peut commencer les pulvérisations coaltarées, supprimer les cataplasmes et les remplacer par une bandelette de *lint* aseptique neutre imprégnée de la solution résorcinée, recouverte de baudruche de caoutchouc, et maintenue toute la nuit, et le jour quand cela est possible, par la bandelette de caoutchouc élastique. Après un nouveau délai de 48 heures, appliquer directement la bandelette de caoutchouc sur la lèvre en exerçant, par l'attache des cordons, une tension légère de la plaquette qui agit comme application imperméable, et comme moyen de compression. En une semaine, on rend à son travail l'ouvrier atteint des variétés les plus intenses ; il continue le traitement, en revenant se faire épiler les fosses *narines* et la partie malade de la lèvre jusqu'à guérison complète, en tenant les *narines* propres, et en portant la bandelette de caoutchouc pendant la nuit.

Dans les cas où l'eczéma, longtemps non traité, ou mal traité, est arrivé à un degré de chronicité accentué, traitement régulier des rhinites : *tenir les narines en permanence*

débarrassées de la totalité de leurs poils[1] *par des épilations réitérées, et les maintenir en état absolu normal par la toilette aseptique faite matin et soir :* lavage exact au coton hydrophile avec eau *lysolée* ou *coaltarée*, suivi d'une lotion avec une boulette de coton moite d'*alcool boriqué* à 1 p. 100. S'il reste des foyers de folliculite pilaire, pansements alternatifs des narines avec bourdonnets de coton aseptique garnis de pommade de Hebra, — vaseline et *emplâtre diachylon*, parties égales — de pommades *au calomel*, ou à l'*oxyde jaune*. La prophylaxie réelle des eczématisations récidivantes de la lèvre supérieure, sans préjudice du traitement diathésique de l'eczémateux, réside, entière, dans le maintien en état d'intégrité absolue des fosses *narines* et des fosses nasales.

L'eczéma du menton, quelquefois consécutif à l'eczéma labial, peut s'y présenter isolé ; le traitement en est exactement le même que le précédent, y compris l'épilation dans les formes rebelles. Est-ce à dire que l'on ne peut jamais guérir ces affections — eczémas de la barbe, de la lèvre supérieure, du menton — sans épilation? Assurément non, mais celle-ci simplifie à ce point l'action des autres agents et, dans quelques cas, est si certainement le seul moyen de guérison, que nous comprenons difficilement l'opposition qui a été faite et qui est encore faite à une pratique de première utilité, et dont pendant plus de vingt années nous n'avons cessé de démontrer la valeur.

D. — ECZÉMA DE LA PARTIE ROUGE DES LÈVRES, ECZÉMA NÉVROTIQUE, ECZÉMA SÉBORRHÉIQUE

Cette forme peu connue, sur laquelle nous avons rappelé l'attention à une époque où elle était méconnue, est des plus difficiles à traiter, par elle-même, et par la nervosité accentuée chez la plupart de ceux qui en sont atteints. Le plus habituellement, — et c'est cela qui explique le qualificatif de

1. Si la destruction électrolytique des poils des *narines* peut être réalisée, elle serait, dans les cas rebelles, un moyen de guérison absolu.

séborrhéique donné à une affection développée sur un terrain qui n'a pas d'autre stéatisation que celle qui appartient à l'involution épithéliale, — elle coexiste avec la séborrhée du cuir chevelu, plus particulièrement avec les névro-séborrhées de la face, huileuses, concrètes, érythémateuses, et avec un état spécial du système nerveux, réalisant une des formes les plus curieuses du type fréquent des dermatomanies. Bateman l'a décrite en quelques mots parmi les variétés les plus localisées du « psoriasis » sous le nom de « *psoriasis labialis* ».

Heureusement assez rare dans ses degrés intenses, mais très pénible pour ceux qui en sont atteints, elle a été ensuite vue et décrite par Rayer, qui l'a caractérisée en observateur consommé, d'abord sous le nom de *psoriasis des lèvres*[1] — et plus tard, 1835, sous le nom de *pityriasis des lèvres*[2]. Sous le rapport dermatographique, il n'y a rien à changer à la description de Rayer que voici :

Début par de petites taches rouges auxquelles succèdent une rougeur générale et une desquamation continuelle de l'épithélium des lèvres, et quelquefois de l'épiderme de la peau environnante. Cette desquamation a lieu en petites lamelles minces à peu près comme l'épiderme sain et desséché, ou dont la face interne aurait été légèrement imbibée de sérosité. Les malades éprouvent dans les lèvres un sentiment de chaleur et de tension. L'épithélium jaunit, s'épaissit, se gerce et se détache en lamelles assez longues. Souvent il arrive que pendant quelque temps, celles-ci restent adhérentes par leur centre; lorsque leur circonférence est libre et desséchée, un nouvel épiderme se forme au-dessous de celui qui est sur le point de se détacher. Bientôt il jaunit, se gerce, se rompt, et tombe à son tour pour être remplacé par un autre, qui subit la même altération. Cette altération, toujours longue et rebelle, présente des paroxysmes dans lesquels on remarque du gonflement et une rougeur assez vive des lèvres. Cette éruption est bien distincte d'une autre inflammation passagère des lèvres, également accompagnée de gerçures et d'une desquamation de l'épithélium, et qui est produite par le froid, ou qui souvent se montre à la suite de quelques maladies aiguës; la durée de cette dernière affection est tout à fait passagère, tandis que celle du pityriasis est longue et indéterminée. Les causes du pityriasis des lèvres sont souvent obscures; je l'ai observé chez deux malades grands parleurs et qui avaient l'habitude de se mordre les lèvres.

1. Rayer. — 1re édition, t. II, p. 49, obs. CXLIX, Paris, 1827.
2. Rayer. — 2e édition, t. II, p. 166, 187, obs. CXXIV.

Cette affection est bien distincte de toutes les altérations spéciales des lèvre décrites récemment, et notamment de la *perlèche* ou du *bridou*, affection commissurale de la bouche des enfants[1], ou du « *male checorre* », décrit en Italie[2].

Elle s'observe *sur les deux lèvres*, mais avec prédominance à la lèvre inférieure, s'étendant ou débordant alentour et vers les commissures; dans la plupart des cas, elle se continue si étroitement avec une séborrhée du visage, que nous la considérons comme se rattachant directement à cette maladie, et individualisée seulement par la localisation anatomo-topographique.

L'eczéma exfoliant des lèvres s'observe chez des sujets de tout âge; dans ses faibles degrés, il passe inaperçu; la maladie est permanente, mais à paroxysmes et à rémissions spontanés, qui font passer le malade, *et le médecin*, par des alternatives réitérées d'espoir et de déception.

Le traitement est laborieux; on obtient quelques succès par les astringents légers, *ratanhia* et *borax;* les substitutifs, le *savon mou de potasse*, l'*huile de cade* ou de *bouleau;* mais la nervosité des sujets atteints d'eczéma exfoliant des lèvres rend tous ces moyens aléatoires. Quelques-uns de nos malades s'en tiennent à l'un des palliatifs que nous leur avons indiqués, et qui consiste, une ou deux fois par vingt-quatre heures, à appliquer à la surface des lèvres une couche de *traumaticine*, ou de *vernis à l'acétone*, ou de baudruche gommée, etc., simples ou médicamenteux, transparents ou colorés; arrivant ainsi non seulement à dissimuler, mais, par l'occlusion permanente, à améliorer l'état pathologique. Chez les sujets qui s'y prêtent, les *scarifications linéaires*

1. Voy. J. Lemaistre. — De la perlèche ou du streptococcus plicatilis, in-8, Limoges, 1886.

2. Voy. O. Moretti. — Affection spéciale de la lèvre inférieure observée l'été, à Recanati et dans les environs, *in Rivista clin. di Bologna*, 1886. Cf. Fl. Jaja, *in Giorn. ital. d. Malatt. ven. e d. pelle*, 1887. — I. A. Fordyce. — A peculiar aff. of the mucous membr. of the lips and oral cavity. in *Journ. of cut. and. g. u. Diseases*, nov. 1896.

réitérées un grand nombre de fois amènent des résultats positifs; dans tous les cas, l'application de la bandelette de caoutchouc pendant la nuit constitue un traitement toujours utile, au moins à titre palliatif.

VIII

Eczéma des membres supérieurs, des mains.

Toutes les formes disséminées se retrouvent aux membres supérieurs, où elles sont prurigineuses, et d'une intensité particulière sous l'action traumatisante de l'air et des conditions du dehors.

A. — Aux bras, c'est surtout la face interne, et, aux avant-bras, la face antérieure, où le pli antibrachial reproduit les conditions du creux poplité; au bras et à l'avant-bras, les formes érythémato-squameuses, fendillées, craquelées, sont très ordinaires. Les divers modes de traitement de l'eczéma sont applicables à ces régions, où les pansements sont faciles, et n'ont rien de spécial.

B. — Aux mains, toutes les formes d'eczéma se développent avec facilité, prennent rapidement le caractère suraigu, mais surtout s'y perpétuent sous le mode chronique. C'est d'abord la série variée des eczématisations dues aux irritants du dehors, des dermites provoquées, qui survivront à la cause. Les acares, les eaux de vaisselle et de savon, les produits chimiques les plus variés, le ciment, etc., etc., déterminent des épidermodermites qui cèdent au traitement approprié, exécuté à temps, et chez les sujets non prédisposés. Traitement de la gale; suspension des conditions professionnelles et du travail; cataplasmes tièdes de fécule; enveloppements moites avec eau bouillie simple, puis *résorcinée;* pommades; emplâtres anodins, colles à l'*oxyde de zinc*, très utiles après la période irritative des premiers jours pour permettre la reprise du travail.

Dans les cas où une eczématisation diffuse envahit les

deux mains sur le mode érysipélateux, repos absolu; cataplasmes de fécule tièdes, élévation des mains sur des coussins de balle d'avoine; rapidement, enveloppements moites d'eau bouillie, de solutions *résorcinées* ou *sublimées* faibles — chaque doigt enveloppé en particulier, avec surtout de baudruche de caoutchouc; gants en toile fine de caoutchouc ou en caoutchouc laminé non vulcanisé, très fin. Aussitôt la période diffuse passée et les foyers localisés, les pommades et les emplâtres anodins reprennent indication — *emplâtres d'oxyde de zinc*, en particulier, renouvelés toutes les douze ou vingt-quatre heures après un bain tiède des mains, et nettoyage des surfaces au coton hydrophile avec les solutions faibles de sublimé. Tous ces traitements réussissent à la condition que le médecin consente à s'en rendre compte lui-même, à les diriger, à les exécuter, et surtout à les surveiller sans s'en rapporter, en rien, au patient.

Dans les formes chroniques rebelles, les pommades et les emplâtres réducteurs, l'*huile de cade*, les solutions de *nitrate d'argent*, trouvent leur base d'application, mais toujours avec la même condition de succès: action et surveillance médicales.

Pour les eczémas des mains et des doigts, chez les ouvriers, Unna emploie les pâtes suivantes :

℞ Oxyde de zinc	40	grammes.
Craie	20	—
Eau blanche	20	—
Huile de lin	20	—

Recouvrir de papier gutta-percha.

M. s. a.

Dans les eczémas anciens, il emploie le crayon de *chrysarobine*, puis les pâtes et le papier gutta-percha; si le malade est obligé de continuer son travail :

℞ Onguent de zinc	âà 10	grammes.
Résorcine		
Terre siliceuse	2	—

M. s. a.

C. — O. Lassar[1] a étudié avec soin une forme que l'emploi excessif des antiseptiques produit, avec une fréquence fâcheuse, chez ceux des chirurgiens et des accoucheurs qu'une prédisposition personnelle rend eczématisables par l'action des irritants chimiques. Il pense que l'eau tiède, la brosse, l'eau de Cologne, un bon savon de toilette, le jus de citron suffisent pour tenir les mains et les ongles aseptiques; et qu'avant d'être essuyées les mains doivent être graissées avec un mélange à parties égales d'huile d'olives, de glycérine, de lanoline, et de vaseline, additionné de 2 p. 100 de *résorcine*. A titre curatif, il recommande d'étendre le soir, sur la peau atteinte d'eczéma chirurgical, une couche d'*huile de cade;* au bout d'une demi-heure, on l'enlève avec du savon et de l'eau tiède, puis on applique, pendant la nuit, une couche épaisse de *pâte de zinc salicylée* à 2 p. 100, qu'on poudre à l'oxyde de zinc, et qu'on couvre d'un léger bandage ouaté. Dans les formes rebelles, pommades au *précipité blanc* et à l'*acide pyrogallique*, etc.

Ce que nous conseillons surtout aux prédisposés, c'est d'examiner la question des antiseptiques *indispensables*, de la réduire au nécessaire *vrai*, de se servir de graisse aseptique résorcinée à 1 p. 100 avant d'essuyer les mains, non pas seulement pendant les préludes d'une opération, mais dans les lavages multiples de la journée courante. La préservation est l'essentiel.

D. — Dans les eczémas chroniques psoriasiformes de la paume des mains, le traitement se confond exactement avec celui du psoriasis de la région; *huile de cade, pommades pyrogalliques* à 5 et à 10 p. 100; *emplâtres pyrogalliques*, avec applications intercurrentes de pommades anodines, si les réactions irritatives sont trop vives.

La prophylaxie a une grande importance, car ces affections sont essentiellement récidivantes; la suppression du savon,

1. Lassar. — Das Eczem der Chirurgen, *Dermatolog. Zeitschr.*, 1894, t. I, p. 24, Anal. p. Doyon *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 3e série, t. VI, 1895, p. 133.

l'emploi de gants de protection dans toutes les professions où il y a à manier des substances irritantes ou des objets spéciaux, les laines, le cuir, les pièces de drap, l'empaquetage des sucreries, etc., etc. Dans certains cas, il est impossible aux malades de continuer à exercer leur profession.

IX

Eczéma des ongles et dystrophies unguéales des eczémateux.

L'eczéma vrai des extrémités des doigts, à moins qu'il n'ait été de très longue durée, n'altère guère le tissu de l'ongle, si ce n'est dans les formes graves des types séborrhéiques généralisés intenses, ou dans quelques espèces ambiguës, psoriasiformes.

A. — *Eczéma des ongles.* — Les lésions du tissu de l'ongle coïncidant avec des altérations du péri-ongle, dérivent de dermites eczématoïdes plus profondes que l'eczématisation épidermodermique commune. Les onyxis et les péri-onyxis altérant la nutrition de l'ongle, s'observent plus souvent à la suite des dermites digitales produites mécaniquement, ou chimiquement, chez les imprimeurs, les maçons, les mécaniciens, les confiseurs, les épiciers, les chauffeurs, les cuisiniers, les laveurs de vaisselle, les dévideurs de cocons, les fileurs et les varouleurs de lin, etc., etc. Isolé l'eczéma unguéal comprend deux types principaux : *a*) eczéma péri-onyxique, avec lésions unguéales subaiguës, décollement partiel latéral, etc., érosions, déformation sans épaississement — eczéma cutané-unguéal. *b*) Eczéma unguéal proprement dit, subaigu ou chronique, sans rougeur apparente, ou avec rougeur marginale au début : altérations variées et profondes de la nutrition de l'ongle, qui subit la décortication fibrillaire, l'exfoliation lamellaire, se décolle à quelques millimètres de la lunule, ou aux angles, ou vers le bord libre. Toutefois, le décollement proprement dit appartient plus souvent au psoriasis des ongles qu'à

l'eczéma. Ces variétés sont lentes, mais curables; leur interprétation ferme est encore à donner; nous les rapportons, le plus habituellement, au psoriasis ou à l'eczéma; la restitution *ad integrum* est lente, mais non exceptionnelle. Dans d'autres cas, l'ongle se fracture verticalement ou transversalement, en forme de rhagade, de craquelure, etc.; il s'épaissit, se déforme, bombe ou s'excave, se bossue, devient montagneux, etc., réalisant, avec une grande richesse dans le détail, diverses déformations. Ces dernières variétés sont extrêmement lentes, progressives, habituellement symétriques, quelquefois successives; chez quelques sujets, permanentes avec accalmies et exacerbations. La guérison peut être entière, sans laisser aucune trace, ou être suivie de déformations, d'onychogryphose, et même de destruction définitive si la maladie évolue dès l'enfance.

B. — *Dystrophies unguéales des eczémateux.* — Chez les sujets qui ont, qui ont eu, ou qui auront de l'eczéma, surtout aux mains, mais aussi dans les autres régions, sans qu'il y ait jamais eu de processus unguéal déclaré comme dans les cas précédents, il est très ordinaire de trouver des déformations d'ordres divers qui ne sont pas exclusives à la maladie eczémateuse proprement dite. Ce sont des saillies linéaires ou des enfoncements sulciformes, réguliers ou ondulés, des ponctuations discrètes ou très multipliées, comme on les ferait dans la cire avec un poinçon. Bazin, ayant cru remarquer que les lésions étaient transversales dans le psoriasis, et verticales dans l'eczéma, attachait à cette direction une valeur diagnostique positive; mais les unes et les autres s'observent dans chacune des deux maladies, ainsi que les cannelures, les poinçonnements irréguliers ou alignés systématiquement, etc.

La raison réelle de ces altérations reste obscure, et la question n'est guère éclairée si l'on suppose, avec Kaposi, qu'elles se développent « par voie sympathique ». Ce qu'il faudrait savoir, c'est si elles ont leur source dans un processus eczémateux local, latent, ou bien si elles indiquent seulement un trouble général de la nutrition, ou encore si elles sont en rap-

port avec des lésions centrales du même ordre que celles qui peuvent gouverner quelques eczémas, etc., etc.; mais nous n'avons aucune réponse à donner à ces questions.

Leur importance, au point de vue qui nous occupe, est de permettre d'affirmer, d'emblée, la nature chronique, invétérée, d'un eczéma d'apparence aiguë, subaiguë, comme on le remarquera souvent chez les sujets atteints d'eczéma professionnel. Chez de tels sujets, la maladie est à peu près incurable s'ils continuent à avoir les mains soumises aux causes irritantes qui sont nocives pour eux à un degré plus élevé que pour la généralité[1].

C. — L'action directe de la thérapeutique sur les altérations unguéales est faible, ou très lente. Toutes les fois où il y a de la dermite ou de l'épidermite péri-unguéales, la médication est réglée par la période et la forme — bains de main, lotions *hydrargyriques* faibles, pansements avec les *solutions de zinc et de cuivre* (voy. plus haut, note 2, p. 161); doigtiers de caoutchouc au moins comme protecteurs, cautérisations avec les solutions de *nitrate d'argent;* pansements avec l'*alcoolé de goudron* à parties égales, l'*huile de cade.* Tous les *emplâtres, salicylés, pyrogalliques, cadiques,* et les anodins selon l'état irritatif, peuvent être employés pratiquement sous forme de bandelettes ou de plaquettes; nettoyage aseptique complet, grattage, taille dans l'intervalle des pansements.

Plusieurs des onyxis chroniques supposés de nature eczématique sont trichophytiques, faviques, ou autres à déterminer : l'examen histologique et mycologique devra toujours être fait dans les cas douteux, pour guider la thérapeutique, et décider s'il y a lieu d'avoir recours au moins mauvais des anti-trichophytes, l'*iode*, en applications réitérées, réglées selon la tolérance, traitement qui peut, d'ailleurs, être tenté dans les formes ambiguës rebelles.

1. Cf. Deligny. — L'Eczéma des ongles, *Union médicale*, 1887, p. 817, et F. de la Harpe. — *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1889, n° 2.

X

Eczéma des aisselles.

L'eczéma des aisselles, fréquent surtout chez la femme, est le plus habituellement hyperstéatidrosique; il est l'origine commune de péri-adénites et d'adénites sudoripares. La période d'irritation vive, qui est toujours accidentelle — applications intempestives, compression produite par les vêtements trop étroits, surtout pendant la saison chaude, etc. — réclame les applications communes à tous les eczémas intertrigos et pilaires; elle guérit relativement avec rapidité, quand les conditions causales ont été supprimées, par les pommades de *soufre*, de *résorcine* et d'*huile de cade :*

℞	Soufre précipité frais	1 à 3 grammes.
	Huile de cade.	1 à 5 —
	Savon	Q. s. p. é.
	Résorcine.	0gr,30 à 0gr,60
	Vaseline	30 grammes.

M. s. a.

Pour les formes récidivantes chez la femme, et à titre prophylactique :

A. — Trois fois par vingt-quatre heures, après lavage au savon blanc de toute la région, application légère de *pommade à l'oxyde de zinc*, essuyée, et suivie de poudrage fait avec une boulette de coton hydrophile renouvelée chaque fois.

B. —Supprimer les plis de vêtements, manches de chemise ou de flanelle, doublures en caoutchouc, etc., imprégnés de sueur altérée; sur ces points d'hygiène locale, les avis doivent être donnés avec toute la précision nécessaire, après avoir examiné les conditions individuelles.

XI

Eczéma du col.

Plus particulier chez la femme, ordinairement symétrique, en collier, cet eczéma se lichénise communément,

et forme, parfois à son début ou à sa terminaison, des plaques prurigineuses, sèches, fendillées, lichénoïdes.

Dans les premières périodes, la moindre erreur d'application peut provoquer une exacerbation intense ; et la circonspection s'impose. Poudres inertes, pansements moites, toiles très fines de caoutchouc. Pommades anodines, puis actives, mais avec retour préparé aux applications calmantes à la moindre exacerbation. Dans les formes lichénisées en plaques, les *emplâtres d'oxyde de zinc*, d'*huile de foie de morue*, réussissent le plus habituellement, et constituent un moyen de traitement facile à exécuter.

XII

Eczéma des mamelles, du mamelon, de l'aréole.

A. — Commun à l'état subaigu chez les femmes hyperstéatidrosiques qui ne prennent pas de soins de toilette suffisants, l'eczéma du mamelon atteint l'aréole à la première irritation septique, et devient l'origine des eczémas communs fissuraires, orbiculaires, des femmes qui allaitent.

Si l'on veut bien, pendant la grossesse, donner les conseils de toilette locale aseptique nécessaires, on peut être à peu près assuré qu'il n'y aura ni gerçures ni eczématisation, et il n'y en aura pas pendant l'allaitement, si l'on exige le lavage local après chaque tétée, et le lavage aseptique préalable de la bouche de l'enfant à la moindre irritation.

Une fois réalisé et à l'état aigu, souvent aggravé par des applications inopportunes, cet eczéma doit être traité conformément aux règles générales du traitement de l'eczéma aigu, avec pansements ouatés et élévation du sein à l'aide de bandages appropriés.

Toilette aseptique du mamelon avec coton hydrophile, eau bouillie, *eau boriquée* ou *résorcinée*, pulvérisations tièdes simples, ou légèrement astringentes avec les solutions faibles de *tannin*, un demi à 1 p. 100. Pommades anodines à l'*oxyde*

de zinc, au *sous-nitrate* ou au *carbonate de bismuth*, pommades faibles au tannin; pansements moites dans l'intervalle des tétées. Contre les fissures : pommade au tannin, cautérisations légères au *crayon de nitrate d'argent blanc* mitigé; applications de baudruche perforée sur le mamelon pendant les tétées, renouvelée chaque fois, ou autres protecteurs variés, etc.

B. — Les galactorrhées et les suintements divers des conduits galactophores en dehors de la lactation, qui ne sont pas rares aux environs de la ménopause, donnent lieu à des eczématisations diverses réclamant un examen attentif de la *cause*, parce qu'elles préludent souvent à des déterminations du type épithéliomateux, soit à la surface — maladie de Paget — soit dans la profondeur. Il suffit de signaler ces points à l'attention du médecin avisé qui trouvera dans l'examen attentif de chaque cas particulier — ce qui vaudra mieux qu'un traitement stéréotypé de l'eczématisation — des indications d'hygiène locale, prophylaxie essentielle pour les déterminations plus graves, superficielles ou profondes, que nous venons d'indiquer.

C. — La dermite eczémateuse du mamelon et de l'aréole, régulière dans l'acariase, guérit habituellement sans incidents par le seul traitement de la gale; mais chez quelques sujets, il peut survenir, à sa suite, des eczématisations irritables, rebelles, qui réclament les séries successives et graduées de la médication commune de l'eczéma. Aux périodes avancées de ces formes rebelles, la pommade et les emplâtres *pyrogalliques* sont directement indiqués; et, en dernier lieu, les applications de *nitrate d'argent*.

D. — La région des plis sous-mammaires — foyer hyperidrosique et hyperstéatosique — réclame, à l'état normal, chez les obèses en particulier, les mêmes soins de toilette spéciaux que tous les grands plis : lavage savonneux chaque jour, et poudrage avec de la poudre de *talc* ou de *sous-nitrate de bismuth;* quelquefois même, pour maintenir la peau en état normal pendant la saison chaude, il est nécessaire de faire

une onction avec un peu de *pâte de zinc* ou de *bismuth*, et de maintenir les surfaces de rapport séparées par un peu de *lint* ou de coton aseptique.

Une fois l'eczématisation produite, ces moyens forment encore la base essentielle de la médication locale, les ablutions savonneuses et l'interposition d'un isolant neutre restent indispensables, quelle que soit la médication mise en œuvre.

Si, pour une raison quelconque, la restitution à l'état normal se fait attendre, emploi limité, et surveillé, des pommades à l'*oxyde jaune* simples ou additionnées d'*huile de cade*, de la pommade au *cinabre*, des pommades *pyrogalliques*, *chrysophaniques* et du *nitrate d'argent*, en pratiquant toujours les lavages, l'isolement des surfaces de contact, les pansements anodins alternants, etc.

XIII

Eczémas hyperstéatidrosiques de la région sternale et de la rainure inter-scapulaire, ou hyperstéatidroses eczématiques à parasites stéaticoles des régions pré-thoracique et dorsale, lieux d'élection. — Eczémas flanellaires, etc.

Ces formes fréquentes, décrites plus haut (voyez note 1, p. 87, et pp. 80 à 94), provoquées, chez les prédisposés, par l'altération des acides gras de la sueur — arthritiques hyperidrosiques, — entretenues et aggravées par le contact des linges imprégnés des produits de la sécrétion cutanée, linges de flanelle particulièrement, sont très faciles à guérir.

Leur prophylaxie réside entière dans les soins de toilette élémentaires — eau chaude, savon à volonté, interposition de linges *propres* entre les flanelles et la peau, poudrage avec les poudres inertes ; cela suffit souvent même pour le traitement proprement dit ; les parasites stéaticoles *ne cultivent pas* dans ces conditions de propreté locale.

S'il y a ténacité plus grande : mêmes soins, lavage au *savon d'ichthyol* ou de *goudron* et à l'eau chaude.

Enfin, en cas de résistance à ces derniers moyens, usage, le soir, de la pommade suivante :

℞ Résorcine	ââ 0gr,50 à 1 gramme.
Acide salicylique	
Huile de cade	2 à 5 —
Savon	Q. s. p. é.
Soufre précipité frais	3 à 6 —
Axonge ou vaseline	50 —

M. s. a.

Savonnage à eau chaude le matin, suivi de poudrage, et toujours avec interposition, entre la flanelle et la peau, d'un linge fin, lavé tous les jours à l'eau bouillante, ou renouvelé.

XIV

Eczéma du nombril.

Quelquefois unique et isolée, plus souvent associée aux eczémas disséminés les plus divers auxquels elle prélude, qu'elle accompagne, ou auxquels elle survit, l'eczématisation de la cavité ombilicale emprunte à sa localisation, et à quelques conformations individuelles, un état particulier, une résistance spéciale. Presque normalement, la région est en imminence eczématique; le lavage n'en est presque jamais exécuté, la sudation y est abondante; et si les parois sont accolées comme chez les obèses, on trouve réunies toutes les conditions favorables.

Occupant le cul-de-sac et le canal, l'eczématisation fait rapidement effloresence alentour, en une aréole plus ou moins régulière. Les périodes d'irritation aiguës et de suintement coagulable dépassées, la peau est rouge, infiltrée, squameuse, grasse, du type séborrhéique le plus net, et l'altération se confond étroitement dans son aspect avec le psoriasis qui, comme l'eczéma, trouve dans l'ombilic un lieu d'élection.

A cette localisation sont applicables toutes les séries curatives de l'eczéma en général, et de l'eczéma séborrhéique en par-

ticulier; mais dans toutes les formes sans exception, on accélérera singulièrement la guérison si l'on veut bien, au lieu de faire une prescription banale, apprendre au patient à faire le nettoyage complet, et à fond, de l'infundibulum avec des pinceaux de coton hydrophile montés sur bâtonnets, à faire les applications médicamenteuses à la suite de ce nettoyage, auquel l'*eau savonneuse* et l'*eau coaltarée* conviennent à merveille ; si l'on ajoute l'écartement des surfaces malades, en maintenant exactement la cavité ombilicale oblitérée avec du coton hydrophile, on sera étonné de la rapidité avec laquelle on réalisera souvent la guérison d'une altération qui semblait absolument rebelle.

La préservation contre les récidives sera assurée si le malade consent à faire régulièrement la toilette de la cavité ombilicale, et à y maintenir un petit bourdonnet de coton aseptique.

XV

Eczéma de la région pubienne.

L'eczéma de la région pilaire pré-pubienne s'observe plus souvent chez la femme que chez l'homme, soit comme l'une des localisations d'un eczéma disséminé, soit comme extension de l'eczéma vulvaire ; il est prurigineux au plus haut degré, et présente fréquemment des complications de folliculite pilaire, et d'idradénite.

Les pulvérisations agissent très favorablement, et sont d'un grand secours en permettant de ne faire dans aucun cas la section des poils de la région ; aussitôt qu'elles sont tolérées, les pommades constituent l'application essentielle, aidée toujours par l'action des pulvérisations, des nettoyages savonneux, et des poudres inertes.

XVI

Eczéma de la vulve.

L'eczéma de la vulve est souvent un eczéma urinaire ou leucorrhéique, que des soins appropriés, la toilette locale faite après chaque urination, les lotions coaltarées faibles, l'usage de la pommade à l'oxyde de zinc, et la séparation des lèvres par des plaquettes de coton hydrophile simple, terminent rapidement.

Les altérations de l'urine, hyperurie et glycosurie doivent être recherchées dans tous les cas; leur suppression, jointe aux soins indiqués ci-dessus, suffit le plus ordinairement.

Dans les formes intenses, étendues, prurigineuses : cataplasmes de fécule, pansements moites *résorcinés*, pulvérisations avec les solutions faibles de *bicarbonate de soude;* lotions *coaltarées*, ou *sublimées* faibles *après chaque urination,* et enfin, onction avec un peu de *pâte de zinc boro-boratée.* Immédiatement après, toutes les surfaces malades de contact, faces interne et externe des grandes lèvres, fente vulvaire, etc., sont garnies de carrés fins de ouate hydrophile, le tout maintenu par un bandage en T à trois branches.

Quand la leucorrhée coïncide avec une eczématisation vulvaire, le traitement de la forme particulière de métrite ou de vaginite dont la malade est atteinte est le premier élément de guérison ; les soins locaux sont les mêmes que pour l'eczématisation urinaire.

Dans les cas, plus rares qu'il n'a été dit, où aucune affection utérine, vaginale, urinaire, etc., ne peut être décelée à un examen attentif, les pulvérisations, les applications moites de toute la série progressive, les pommades réductrices, trouvent leur application. Tous les moyens locaux généraux applicables au prurit vulvaire, lequel peut d'ailleurs exister sans eczématisation proprement dite, peuvent être employés : applications *cocaïnées*, lotions *chloralées, bromurées*, etc., pour

le soulagement immédiat; mais nous réitérons avec force le conseil de faire, avant tout, le diagnostic *exact* de l'état utéro-vaginal, et de chercher surtout à combattre la *cause*.

XVII

Eczéma de l'anus.

Tantôt émané d'un eczéma scrotal ou vulvaire, tantôt directement provoqué par les varices du rectum, la septicité fécale, la contracture ordinaire du sphincter, etc., l'eczéma de l'anus peut être limité à l'aréole marginale, ou envahir le rectum sphinctérien, le périnée en avant, l'espace inter-fessier en arrière, s'élevant quelquefois jusqu'au sommet, et y déterminant une rhagade typique. A peine marqué dans quelques cas, et hors de proportion avec l'intensité du prurit, il revêt, dans d'autres, tous les caractères de l'eczématisation aiguë, pour prendre ensuite un état de chronicité absolue avec lichénisation plus ou moins étendue, épaississement hypertrophique des plis radiés, fissures, etc.

L'eczématisation peut y être de tous les types, y compris celui de la séborrhée eczématique figurée; mais une réelle banalité morphologique, dérivée de l'unité de localisation et de conditions fonctionnelles, y est ordinaire.

Dans tous les cas, l'évacuation régulière et l'antisepsie des voies digestives doivent être réglées avec soin; l'antiseptique intestinal de choix est le *sous-nitrate de bismuth* mélangé au *charbon de Belloc* et à la *magnésie décarbonatée* en proportions variables; le naphtol convient peu. Avant les garde-robes, les surfaces malades seront protégées contre le contact des matières à l'aide d'un mélange à parties égales de lanoline et de vaseline *résorcinées* à un pour cent; et après la garde-robe, le malade prendra, pour le rendre, de suite, un lavement d'eau tiède, boriquée ou non. La toilette locale sera faite avec du coton hydrophile, et de l'eau faiblement *coaltarée*.

Ces mesures, que nous prescrivons au premier rang dans tous les cas d'eczéma anal, suffisent quelquefois jointes à la suppression des aliments irritants, poivrés, épicés, etc., pour produire une amélioration immédiate. Si elles sont insuffisantes et si l'eczématisation est aiguë, on commencera par l'application des cataplasmes de fécule tièdes pendant la nuit; pansements moites ou pommades anodines pendant le jour; bains de siège, pulvérisations tièdes.

Aussitôt la période d'état établie, tout en continuant les cataplasmes la nuit, ou les pansements moites, ou les pommades anodines, on appliquera pendant le jour l'occlusion imperméable directe. A l'aide d'un bandage en T, ou en bande simple bifurquée seulement au point de rencontre des bourses, on applique sur la région périnéo-anale une plaquette longue de toile fine de caoutchouc, laquelle doit être retirée toutes les quatre à cinq heures, pour être lavée à l'eau froide sans savon (voyez plus haut, p. 162 à 169); avec ce pansement, le malade peut vaquer à ses occupations. Dans les pansements par les pommades, on interpose entre les surfaces de contact du pli ano-fessier une plaquette de coton hydrophile maintenue par un bandage en T.

De même que pour l'eczéma vulvaire, dans les cas *véritablement* rebelles, on met en usage les antiprurigineux en lotions, en pommades ou en applications moites, et quand les pratiques que nous avons indiquées ont échoué — ce qui est assez rare — nous avons recours aux agents de réduction proprement dits, et particulièrement aux *pommades chrysophaniques* à 5 p. 100, dont le succès est souvent remarquable, mais qui réclament une surveillance médicale réelle. En dernier lieu, les applications de *nitrate d'argent*. Mais la médication qui est, d'ordinaire, la plus réellement efficace est celle qui, en tenant compte des préceptes que nous avons donnés plus haut, recherche, pour la combattre efficacement, la *cause* directe ou éloignée de l'eczématisation. Toute l'hygiène locale et générale des arthritiques et des hémorrhoïdaires trouve ici son application. Pour quelques cas

extrêmes, dilatation de l'anus, ou cure radicale des hémorrhoïdes.

XVIII

Eczéma de la verge et du scrotum.

A. — ECZÉMA DU PRÉPUCE ET DU FOURREAU

L'eczématisation du prépuce, et du fourreau, peut être partie intégrante d'un eczéma étendu ayant atteint ces régions; mais le plus ordinairement, elle est d'origine urinaire.

Fréquente chez les enfants à prépuce long et étroit, surtout quand la lésion est assez accentuée pour déterminer de l'incontinence urinaire; à cet âge, la difficulté de réaliser des soins de propreté suffisants rend les récidives incessantes, et peut nécessiter la rectification chirurgicale. A l'autre extrémité de la vie, l'insuffisance du sphincter vésical, et l'atonie générale, réalisent des altérations identiques, toutes les fois où le prépuce long et étroit recouvre le gland en permanence. Ce que l'on peut faire de plus actif pour prévenir ces eczématisations absolument liées à la cause, c'est de protéger le prépuce par des lotions réitérées, l'usage de la *poudre de bismuth*, et la séparation du prépuce et du gland à l'aide de coton hydrophile fréquemment renouvelé.

Dans une autre variété, l'eczématisation dérive surtout d'altérations diverses de l'urine, parmi lesquelles la glycosurie occupe le premier rang, mais non le seul, car l'hyperurie des arthritiques, peut la produire. La caractéristique de ces formes réside dans la localisation prédominante à l'orifice préputial : eczéma orbiculaire avec fissures, et rapidement sclérose et rétrécissement de l'orifice — phimosis eczémateux des glycosuriques et, quelquefois, des hyperuriques. Ici encore, sans médication autre que la rectification de l'état urinaire, les injections intra-préputiales, les lotions alcalines faites après chaque urination, on arrive promptement à réduire l'eczéma ligneux

du prépuce. Aussitôt que celui-ci peut être abaissé, bains locaux alcalinisés; poudre de bismuth, et enveloppement du gland avec un peu de coton hydrophile sec, sur lequel le prépuce est ramené; lavages après chaque urination, et reconstitution du pansement.

B. — ECZÉMA DU GLAND

L'eczéma du gland peut être limité à sa surface sous forme diffuse, ou en disques isolés; habituellement non suintant, si le gland est découvert, d'aspect ambigu, psoriasiforme ou syphiloïde. Il est parmi les plus rebelles. — Bains tièdes locaux *coaltarés;* badigeonnages avec l'*huile de bouleau* pure ou mitigée; pommades plus difficiles à appliquer; pour les cas rebelles, pansements locaux permanents, emplâtres fins préparés spécialement pour ces localisations.

Dans les formes communes, urinaires, l'eczéma occupe à la fois le gland et le prépuce, avec maximum dans le sillon balano-préputial : bains locaux coaltarés; préservation du contact de l'urine, poudrages légers avec le *sous-nitrate de bismuth;* interposition entre le prépuce et le gland d'un duvet de coton hydrophile. Guérison rapide, dans ces dernières formes, si l'on a donné au patient des conseils suffisamment précis, et si le malade les exécute avec intelligence.

C. — ECZÉMA DU SCROTUM

Dans un grand nombre de cas, surtout chez les « prostatiques », et chez les sujets atteints de rétrécissement de l'urètre, l'eczéma du scrotum est urinaire. Anomale ou non, l'urine suinte après chaque urination, irrite le prépuce et le fourreau le long du raphé, d'où elle gagne le pli scroto-pénien, et forme une première localisation intertrigineuse aux points de contact. De ce foyer eczématogène, l'altération s'étale au scrotum, et, ultérieurement, au périnée, à l'espace inguino-crural, puis à de grandes distances. Dans tous ces cas,

la recherche de la cause importe au plus haut degré, et la protection assurée contre les contacts urinaires représente une condition absolue de guérison.

Cependant, tous les eczémas du scrotum n'ont pas cette cause, qu'il faut néanmoins rechercher *avec soin* dans les cas rebelles; plusieurs formes représentent la localisation d'un eczéma de cause générale, ou du type séborrhéique; toutes sont très prurigineuses, fort pénibles et très rebelles.

Dans les périodes suraiguës, le traitement local comprend les pulvérisations tièdes simples ou faiblement *résorcinées*, les cataplasmes tièdes la nuit; le jour, les enveloppements moites recouverts de baudruche caoutchoutée, et maintenus par un bandage en T ou par des suspensoirs appropriés.

Aussitôt que les phénomènes les plus aigus sont passés, les enveloppements moites sont appliqués la nuit. Le jour, le malade porte un suspensoir garni, à l'intérieur, de toile fine de caoutchouc ou fait avec cette toile, et pourvu d'ailettes crurales et de plaques ano-périnéales, si l'eczéma s'est étendu au périnée et à l'anus. Chez quelques malades à peau tolérante, et assez soigneux pour tenir les appareils en bon état, on peut les exécuter en caoutchouc élastique laminé, non vulcanisé, fin; mais chez un grand nombre, on ne peut les utiliser sans provoquer une épidermite lisse non résolutive. Dans les deux cas, la condition absolue de la réussite réside dans l'exécution stricte des règles que nous avons tracées plus haut pour l'emploi des enveloppements imperméables.

Quand les applications sont faites de façon correcte, les démangeaisons cessent aussitôt que l'appareil est en place, et ne se reproduisent qu'au bout de plusieurs heures; les malades peuvent vaquer à leurs occupations. Dans les cas rares où, jointes à une médication générale appropriée, aux pulvérisations plus efficaces que les bains de siège, aux enveloppements avec les solutions faibles de *sublimé* ou de *cyanure de mercure* ($0^{gr},05$ p. 500), ces applications ne suffisent pas à éteindre le prurit, on a recours aux pommades *morphinées* ou *cocaïnées* dont l'action inconstante produit de nombreux

mécomptes. A cette période, on peut employer les badigeonnages avec l'*extrait sirupeux de myrtille*, de Winternitz[1], que Doyon et nous avons mis à l'étude avec des résultats partiellement satisfaisants.

Puis, série des pommades : eau d'Alibour; badigeonnages de nitrate d'agent de 1 p. 50 à 1 p. 20.

Après l'une ou l'autre de ces diverses applications, on a l'habitude de poudrer à l'amidon ou aux poudres de talc, de bismuth, etc.; nous préférons le plus souvent recouvrir les surfaces après l'application des pommades, ou après les cautérisations, etc., de compresses moites de mousseline aseptique imprégnée d'eau bouillie faiblement résorcinée, bien étanchées, recouvertes de baudruche caoutchoutée, ou simplement de ouate hydrophile aseptique, et maintenues par un suspensoir léger garni du même coton aseptique.

XIX

Eczéma des membres inférieurs.

A. — Ecz. des jambes; B. — Ecz. de la partie supéro-interne des cuisses chez la femme ; chez l'homme; C. — Ecz. des creux poplités; D. — Ecz. des pieds.

A. — ECZÉMA DES JAMBES

L'histoire de l'eczéma des jambes est presque tout entière liée à celle des varices profondes ou superficielles, cutanées, des membres inférieurs. Son développement doit être *prévu* chez tous les sujets atteints des altérations du système veineux des membres inférieurs, et si l'on prend soin de faire, chaque jour, le lavage au savon blanc des jambes et des pieds, de les poudrer avec de la poudre de talc, de couvrir d'une mousseline fine, ou d'une jambière de maillot fin tenue très propre, puis de porter un bas élastique ou lacé ou une bande roulée, la prophylaxie est à peu près assurée.

1. Voy. WINTERNITZ. — *Wiener klin. Wochensch.*, 1895, p. 222. *Anal. franç.*, par DOYON, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 3e série, 1895, p. 580.

Début souvent insidieux, par de petites plaques squameuses isolées, dont le malade ne se préoccupe qu'en raison du prurit; le moindre traumatisme local, surtout s'il est suivi des applications intempestives qui sont régulièrement conseillées au patient par chacun, donne lieu à une dermite aiguë en foyer, autour de laquelle s'étale rapidement une eczématisation diffuse. A cette époque, si le malade était mis au repos le plus absolu, la jambe élevée sur un coussin de balle d'avoine, et soustraite, pendant une ou deux semaines aux effets de la déclivité, tout pourrait encore rentrer dans l'ordre assez complètement. Mais ce n'est pas ainsi que les choses vont d'ordinaire; tous les amis proposent les applications les plus variées, les emplâtres les plus inopportuns, et il s'établit une vaste eczématisation sous-tendue par une dermite profonde ulcérative au centre. La première phase de l'ulcère variqueux est constituée. A partir de ce moment, la guérison devient plus laborieuse; le *foyer* eczématique est établi, et, quelle qu'en soit la raison, le sujet, par cette infection, ou par voie réflexe, voit souvent se développer des eczématisations à distance, au moment où il se produit, sous des influences diverses, une exacerbation de l'eczéma.

Pendant les paroxysmes ramenés par la fatigue, les traumatismes, le manque de soins ou l'application de pansements inopportuns, le traitement local varie selon que l'eczématisation est suraiguë, rouge, suintante, croûteuse, — cataplasmes de fécule, applications moites, pulvérisations tièdes; repos absolu et élévation du membre; lotions *résorcinées* ou *sublimées* faites dans les intervalles des pansements. Dans la phase subaiguë, toile fine de caoutchouc limitée à la surface malade, ou mieux *lint*, ou mousseline, moites des solutions faibles ci-dessus indiquées, ou d'eau bouillie simple, recouverte de baudruche de caoutchouc, en se reportant aux préceptes que nous avons donnés à propos des pansements moites, voy. pp. 157 à 162.

A la période de dermite et de parakératose chroniques, *emplâtres à l'oxyde de zinc*, à l'*huile de morue*, ou au *dia-*

chylon, etc., appliqués en bandelettes *verticales*, entourant la surface malade sans être complètement juxtaposées; couche légère d'ouate hydrophile, ou compresse de lint par-dessus les bandelettes; le tout recouvert par un bas élastique ou un bas lacé. Les pommades et les emplâtres au *dermatol*, à l'*airol*[1] à 5 et à 10 p. 100, semblent bien applicables à la localisation particulière des membres inférieurs. Les applications de pommades réductrices, ou autres applications actives, huile de cade, etc., ne doivent être conseillées au patient que sous réserve de surveillance, avec interruption à la moindre exacerbation.

Les lésions consécutives de sclérose ou de pachydermie cutanée réclament des soins spéciaux appropriés, médicaux ou chirurgicaux.

B. — ECZÉMA DE LA PARTIE SUPÉRIEURE DES CUISSES

1° Les eczémas discoïdes ou diffus de la portion supéro-interne des cuisses sont fréquents, surtout chez la femme; ils sont généralement urinaires dans tous les cas où la conformation, chez les obèses, par exemple, et le manque de soins,

1. Signalé par Veiel comme succédané de l'iodoforme, l'airol (oxy-iodo-gallate basique de bismuth) inodore, non irritant, ni toxique, s'emploie aux mêmes doses que le dermatol. Son action antiseptique, anti-catarrhale est appliquée en ce moment même au traitement des blennorrhagies.

POMMADE A L'AIROL

℞ Excipient	30 grammes.
Airol	1 à 3 gr.

M. s. a.

EMPLATRE A L'AIROL

℞ Vaseline	ãã 33 grammes.
Résine	
Solution de caoutchouc	
Airol	5 à 10 gr.

M. s. a.

CAVAILLÈS.

SUR TOILE FINE

mettent incessamment l'urine en contact avec la peau. Les formes lichénisées, — pseudo-lichens, — y sont très communes.

La protection contre l'urination, et contre les contacts des surfaces, est le premier remède à établir, souvent suffisant à lui seul; on la réalise par les emplâtres isolants simples, ou les applications de *collès à l'oxyde de zinc*, et, en cas d'insuffisance ou d'intolérance, par le port d'un demi-caleçon de maillot garni au dehors de toile fine de caoutchouc entretenu en état de propreté absolue; le caoutchouc est ici en dehors du caleçon, et le côté caoutchouc de la toile, extérieur.

2° Chez l'homme, l'eczéma de la partie supéro-interne des cuisses a pour localisation élective les plis scroto-cruraux, particulièrement à gauche, là où le contact entre la peau du scrotum et celle de la cuisse est constant. Sous cette influence, surtout chez les hyperidrosiques, et en particulier chez ceux qui ne prennent pas les soins de toilette indispensables, chez ceux qui portent du linge de laine ou des caleçons de tricot, rien n'est aussi ordinaire qu'une plaque érythémateuse intertrigineuse, au niveau de laquelle le microspore d'Eischtedt et de Burkardt, les trichophytes et tous les eczématicoles, trouvent un terrain favorable de culture.

La prophylaxie est, ici comme dans toutes les eczématisations de cet ordre, toute-puissante : suppression de tout contact et de tout voisinage de vêtements autres que des linges *propres;* port habituel d'un suspensoir *tenu propre;* lotions savonneuses biquotidiennes; onctions légères avec *pâte de bismuth*, poudrage avec le talc. Dans les formes aiguës, marginées, à évolution excentrique, si la peau est intolérante, applications moites d'eau *sublimée* au dix-millième, ou *résorcinée* faible, ou bouillie simple; pommades anodines. Quelquefois si le médecin peut les exécuter et les surveiller *lui-même*, applications *iodées très superficielles* — alcoolat de lavande et teinture d'iode fraîche à parties égales — suivies de poudrages au talc, d'applications de pâte de zinc, avec séparation des

surfaces de contact; ou, dans les variétés anciennes, à caractère séborrhéique prononcé, *pommades mercurielles :*

℞ Oxyde jaune de mercure.	de 0,50 à 1	gramme
Huile de cade pure.	1 à 3	—
Vaseline.	20	—
M. s. a.		VIDAL

Mais, dans tous les cas, début par les doses faibles; pansements alternants avec les pâtes anodines; surveillance effective; dans les mêmes conditions, sur les mêmes bases, *pommade pyrogallique.*

C. — ECZÉMA DES CREUX POPLITÉS

Les régions poplitées occupent le premier rang des lieux d'élection de l'eczématisation de toute espèce; toutes les fois où il s'agit d'un eczéma vrai, ou d'une eczématisation disséminée, on peut être assuré, à part les exceptions applicables à toutes les choses médicales, de trouver le creux poplité atteint ; souvent il est le premier *foyer,* ou le *reliquat.* La délicatesse de la peau de la région, son mouvement incessant, son hyperidrose, rendent tenaces et rebelles toutes les affections qui s'y développent.

Les pansements des eczémas divers, aux différentes périodes, sont applicables à la région poplitée, les plus simples de préférence; leur maintien se fait très aisément à l'aide de genouillères appropriées, lacées ou élastiques; l'application du caoutchouc limitée à la surface malade, et exécutée selon les règles indiquées plus haut, y est ordinairement favorable, et bien tolérée. Les emplâtres doivent y être appliqués en bandelettes séparées par un intervalle linéaire, non superposées, et verticales, pour les raisons que nous avons indiquées en exposant la technique de l'application des emplâtres.

D. — ECZÉMA DES PIEDS

L'eczéma des pieds, débutant par les espaces inter-digitaux, est très commun chez les arthritiques qui ne prennent pas les soins de propreté à eux particulièrement indispensables, ou chez ceux qui portent, pendant la saison chaude, des chaussures trop serrées, ou imperméables.

Ici encore, la prophylaxie est toute-puissante : lavage au savon chaque jour, et à l'eau chaude, des espaces inter-digitaux (l'eau faiblement coaltarée, ou lysolée, convient particulièrement) ; après quoi, onction très légère avec la *pâte de zinc salicylée,* laquelle est elle-même *essuyée;* les espaces inter-digitaux sont poudrés à l'amidon ou au talc, ou au sous-nitrate de bismuth. Enfin, de petits morceaux de *lint* aseptique, ou de coton hydrophile, sont interposés entre chaque doigt, et placés dans les plis sous-phalangiens, plantaires.

Les mêmes soins, et l'usage de chaussures légères et découvertes, les bains de pieds tièdes à *eau coaltarée* (10 à 20 grammes p. 1 000, ou *lysolée* (1 à 2 grammes pour 1 000), ou, si le suintement (hyperidrosique ou eczémateux) subsiste, badigeonnages avec l'*extrait sirupeux de myrtille; pâte de zinc salicylée*, etc., etc. Cela suffit, le plus habituellement, pour réduire des eczématisations rebelles, si les conseils d'exécution du traitement sont donnés et appliqués ponctuellement. En période suraiguë, tous les moyens d'action applicables aux eczématisations aiguës en général sont en situation, avec repos absolu et élévation du membre. Dans les formes chroniques rebelles : agents de résolution et de réduction, au besoin cautérisations avec les solutions de nitrate d'argent; mais nécessité permanente de l'emploi des agents et des moyens indiqués ci-dessus comme applicables à toutes les périodes et à tous les cas.

La région plantaire, partiellement ou en totalité, est le lieu d'élection d'eczématisations mixtes, dans lesquelles l'hyperkératose joue un rôle considérable, et est un obstacle presque

absolu au succès des médications diverses — eczémas calleux, cornés, kératodermiques, ou kératodermies eczématisées des faces plantaires. Le plus souvent les altérations sont symétriques et bilatérales ; dans le cas où elles sont unilatérales, elles se confondent — au point d'être souvent plus qu'ambiguës — avec les syphiliodermies kératosiques, ou les kératoses parasyphilitiques des régions latérales et plantaires du pied. L'action médicale directe devient ici nécessaire ; médication interne appropriée à l'état particulier du sujet ; quelquefois, traitement mercuriel d'épreuve, injections de calomel chez les sujets syphilitiques. Régularisation de la chaussure, des conditions de marche et de station debout.

Dans les formes chroniques hyperkératosiques, ramollissement des couches cornées par les bains de pieds boratés prolongés, les applications moites boratées, le savon mou de potasse salicylé appliqué sur des bandelettes de flanelle ; rugination successive, à la curette, des couches cornées ramollies ; ultérieurement, *pommade de Lailler* — savon noir, goudron, huile de cade et soufre précipité à parties égales — et enfin *emplâtres mercuriels*, *pyrogalliques*, *chrysophaniques*, avec la surveillance nécessaire à l'emploi de ces moyens.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT DE L'IMPÉTIGO

PAR

L. BROCQ

Médecin de l'hôpital Broca-Pascal.

I

Considérations générales.

Nous désignons sous le nom d'impétigo une dermatose caractérisée par la formation rapide en certains points du corps, presque toujours au visage, de vésico-pustules de volume variable, superficielles, dont le contenu se concrète en croûtes jaunâtres, mélitagreuses, caractéristiques, et qui se terminent en peu de jours par une guérison complète, sans cicatrices consécutives.

Tout le monde croit bien connaître l'impétigo; on sait communément que c'est une affection inoculable et auto-inoculable, contagieuse; les dermatologistes actuels sont arrivés à prouver que c'est une maladie nettement distincte de l'eczéma, avec lequel on l'avait longtemps confondue. Et cependant son histoire présente encore plusieurs points obscurs que nous devons signaler. Quand on relit avec attention les derniers travaux publiés sur ce sujet, on voit qu'il s'est fait dans l'esprit de quelques auteurs une confusion regrettable entre l'impétigo vrai, l'ecthyma, et les folliculites. Cette confusion est favorisée par ce fait que, d'après la plupart des

bactériologistes, l'agent actif de l'impétigo est le même que celui de l'ecthyma et que celui des folliculites, c'est le *staphylococcus pyogenes aureus;* enfin il est des dermatologistes qui décrivent encore plusieurs variétés d'impétigo, en particulier un impétigo *simplex* et un impétigo *contagiosa.*

Nous ne pouvons dans cet ouvrage de thérapeutique aborder la discussion de ces points controversés. Nous nous bornerons à déclarer qu'il y a pour nous une dermatose bien spéciale, nettement distincte au point de vue objectif de l'ecthyma, des folliculites, des eczémas, etc., et qui nous paraît mériter le nom d'impétigo vrai. Elle débute par de véritables vésicules ou vésico-bulles superficielles, transparentes dès leur apparition, mais dont le contenu se trouble avec rapidité, qui dès lors deviennent des vésico-pustules, et donnent naissance aux croûtes d'un jaune d'or semblables à du miel desséché que l'on regarde communément comme caractéristiques de l'impétigo. Quand elle évolue à l'état de pureté, cette lésion est éminemment superficielle, reste toujours superficielle et disparaît sans laisser la moindre cicatrice. Bien qu'il paraisse admis à l'heure actuelle qu'elle reconnaît pour cause le même agent pathogène que l'ecthyma, nous ne pouvons rien dire de catégorique sur ce point, à cause de certaines dissidences, (Unna, Leroux, Frank Brocher, etc.), et nous laissons la parole aux bactériologistes qui ne sont pas encore parvenus à s'entendre, les uns voulant que l'impétigo dépende d'un microbe particulier, d'un streptocoque de virulence très atténuée (Frank Brocher), d'autres soutenant que l'impétigo ne diffère au point de vue pathogénique de l'ecthyma que par une inoculation plus superficielle du même staphylocoque, d'autres enfin soutenant qu'il y a plusieurs variétés d'impétigo, chacune d'elles reconnaissant pour causes pathogènes des microbes spéciaux.

Mais ce que nous croyons pouvoir affirmer de la manière la plus catégorique, c'est qu'au point de vue clinique, l'impétigo vrai est une affection bien à part. Malheureusement elle est souvent masquée par des inoculations accidentelles d'ec-

thyma, de folliculite, de tourniole, par de l'eczématisation, par des complications multiples d'abcès, de lymphangites, d'adénites. En outre, l'éruption d'impétigo vrai s'accompagne souvent de conjonctivites, de stomatites, de vulvites, etc., dont quelques auteurs ont actuellement de la tendance à faire de simples localisations de l'affection.

II

Traitement.

L'impétigo est une affection *inoculable*, et par suite transmissible du sujet atteint à un sujet sain. Cette notion est d'une importance capitale au point de vue de la prophylaxie. Dans les écoles et dans les familles, les sujets atteints d'impétigo doivent donc être isolés ou surveillés. Il faut que les enfants sains ne se servent ni de leurs objets de table, fourchettes, cuillers, verres, ni de leurs objets de toilette, serviettes, peignes, brosses, vêtements, etc. En outre, pour plus de sûreté, tous les enfants doivent être soigneusement lavés, nettoyés et examinés tous les matins; de temps en temps, il est bon de les frictionner avec de l'*eau boriquée*, de l'*eau de Cologne*, de l'*alcool camphré*, ou même avec des solutions faibles de *sublimé*. Les garçons auront toujours leurs cheveux coupés ras; on inspectera au moins deux fois par semaine, avec le plus grand soin, la chevelure des petites filles, car l'on sait que les éruptions d'impétigo du cuir chevelu et de la face coïncident fort souvent avec de la phtiriase du cuir chevelu.

L'impétigo est *auto-inoculable*, c'est-à-dire que l'individu qui en est atteint peut propager sur lui-même sa maladie par le grattage, par le simple frottement; il peut, en se grattant avec des ongles souillés par les croûtes et les produits purulents développés au niveau des lésions d'impétigo, s'inoculer des pustules d'ecthyma, des tournioles, des furoncles, etc. (staphylococcie). Il faut donc que les sujets atteints d'impétigo, prennent dans leur intérêt personnel les mêmes mesures

prophylactiques que nous indiquerons au chapitre ecthyma : les ongles seront coupés courts et soigneusement désinfectés au savon, à la brosse, avec des antiseptiques. Le malade tâchera de ne pas frotter et de ne pas gratter les surfaces atteintes ; au besoin, s'il est trop jeune pour comprendre l'importance d'une pareille recommandation, ou s'il est trop indocile, on enveloppera les parties atteintes de pansements hermétiquement clos.

L'impétigo vrai se développe parfois avec une brusquerie et une intensité toutes spéciales chez des sujets qui ont commis des écarts de régime (I. *a potu* des anciens). Il est indiqué dans ces cas d'administrer des *laxatifs* au malade et de le soumettre à un *régime alimentaire* sévère.

Assez fréquemment, les sujets chez lesquels l'impétigo se développe sont des enfants assez débiles d'apparence, à peau blanche, fine, transparente, à ganglions volumineux, etc., présentant en un mot les caractères extérieurs de ce que l'on appelle le lymphatisme. Il peut être même dans certains cas assez difficile chez eux de guérir rapidement les éruptions cutanées par un simple traitement local ; on doit alors modifier le terrain pour rendre moins facile la culture du microbe. On a proposé dans ce but (R. Saint-Philippe) l'emploi à l'intérieur de la *liqueur de Donovan*, le *sirop d'iodure de fer*, le *sirop iodo-tannique*, l'*huile de foie de morue*.

Assez souvent aussi l'impétigo a de la tendance à se compliquer d'eczématisations ; en somme, il constitue chez les sujets prédisposés une sorte de point d'appel pour l'évolution d'un eczéma. Il faut alors exiger de ces malades un régime alimentaire des plus sévères, celui des eczémateux, tout en tâchant de les tonifier.

Il n'est pas besoin d'ajouter que dès qu'on se trouve en présence d'un cas d'impétigo, il faut rechercher s'il n'y a pas coexistence d'un parasite quelconque, en particulier des poux de tête. Si l'on en trouve, il faut tout d'abord en débarrasser complètement le malade.

Comme pour l'ecthyma, on doit, quand il s'agit d'impétigo :

1° déterger les surfaces atteintes ; 2° panser les lésions produites.

1° *Déterger les surfaces atteintes.* — Lorsqu'elles sont recouvertes de croûtes épaisses, on peut employer divers moyens : ou bien faire des *pulvérisations* plus ou moins prolongées avec de l'*eau boriquée tiède*, ou bien appliquer des *cataplasmes de fécule de pomme de terre* ou de *farine de graine de lin déshuilée* faits avec de l'eau boriquée et que l'on change toutes les deux heures en lotionnant chaque fois avec de l'*eau de têtes de camomille* ou de *sureau boriquée*, ou bien encore en enveloppant avec des compresses de tarlatane pliées en huit ou dix doubles trempées dans de l'eau de son ou dans de la décoction de têtes de camomille ou de fleurs de sureau additionnée d'acide borique, *exprimées* et recouvertes d'un tissu imperméable quelconque, taffetas gommé, gutta-percha laminée, mackintosch, caoutchouc, etc. ; on les change toutes les six heures jusqu'à ce que les parties malades soient complètement nettoyées.

Lorsque le suintement est trop abondant et les croûtes trop épaisses, on remplace l'eau de sureau ou de camomille pour les lotions ou les enveloppements par de la *décoction de racine d'aunée* ou de *feuilles de noyer boriquée*.

2° *Panser les lésions produites.* — Quand les parties malades sont bien détergées, si elles sont très enflammées, tuméfiées, d'un rouge vif, fort suintantes, on peut encore continuer les applications précédentes : mais il vaut presque toujours mieux, même dans ce cas, essayer de faire supporter des *pommades boriquées* ou des *lotions astringentes* (*eau de feuilles de noyer boriquée*, *eau d'Alibour* (Sabouraud), *solution de nitrate d'argent*) : si les téguments s'irritent, on les fait alterner avec les applications émollientes dont nous venons de parler. En effet, il n'est pas rare de voir des éruptions d'impétigo augmenter rapidement et s'enflammer de plus en plus sous l'influence des topiques dits calmants, rétrocéder au contraire dès qu'on les soumet à l'action parasiticide de l'acide borique, des deux sulfates, des composés mercuriels ou du nitrate d'argent. Les vésicules et les vésico-

pustules entières seront soigneusement ouvertes avec une aiguille flambée, vidées et lavées avec de l'ouate hydrophile imbibée d'eau boriquée.

Donc, quand les croûtes ont été détachées, si les surfaces malades sont suintantes et un peu enflammées, nous conseillons : 1° de nettoyer matin et soir d'abord avec de la *vaseline boriquée* pour enlever plus facilement les divers topiques qui ont été appliqués antérieurement, puis avec de l'eau de camomille boriquée; 2° d'appliquer ensuite une pommade renfermant 1 gramme d'acide borique porphyrisé, 3 grammes d'oxyde de zinc pour 16 grammes de vaseline : on poudre par-dessus cette pommade avec de la poudre d'amidon pour la faire tenir.

Si les téguments s'irritent, on diminue la dose d'acide borique et on applique de temps en temps des cataplasmes ou des compresses humides de tarlatane (voir ci-dessus). Si les téguments supportent au contraire ce topique, mais s'ils ne paraissent pas guérir assez vite, on double la dose d'acide borique contenue dans la pommade; on arrive même à n'employer que la simple vaseline boriquée au dixième, ou on change de pansement.

Si les pommades boriquées restent inefficaces ou ne sont pas supportées, nous conseillons :

A. — Ou bien, chez les personnes qui peuvent le faire, de toucher tous les jours ou tous les deux jours avec de l'*eau d'Alibour* coupée de cinq fois à trois fois son volume d'eau bouillie (Sabouraud), ou avec des solutions de *nitrate d'argent* variant comme force du trentième au quinzième, et même avec le crayon de nitrate d'argent suivant la tolérance des sujets : on laisse sécher pendant trois ou quatre minutes, puis on applique de la pommade à l'*oxyde de zinc :*

B. — Ou bien d'employer la pommade au *calomel* au quarantième, au vingtième, au dixième, ou la pommade à l'*oxyde jaune d'hydrargyre* au quarantième, au trentième, au vingtième, suivant la tolérance des téguments; dans les cas rebelles, on rend ces préparations beaucoup plus efficaces en y ajoutant du

goudron ou de l'*huile de cade;* par exemple : oxyde jaune d'hydrargyre, de 50 centigrammes à 1 gramme; huile de cade vraie, de 1 à 4 grammes; savon noir, quantité suffisante pour émulsionner l'huile; vaseline pure, 20 grammes, ou tel autre excipient que l'on préférera.

Telle est notre pratique.

Mais nous devons dire un mot de celle des autres dermatologistes.

On a recommandé les emplâtres occlusifs comme dans l'ecthyma : le meilleur est encore dans ce cas l'*emplâtre rouge* d'E. Vidal, dont quelques médecins prescrivent la formule en pommade : minium, 2gr,50; cinabre, 1gr,50; onguent diachylum et huile, àà 13 grammes (cette préparation est réellement très efficace).

On a vanté les *lotions phéniquées*, les lotions au *sublimé* au millième et même au cinq centième, les lotions à l'*eau de sureau boriquée* (Éloy); les pommades renfermant de l'*onguent de Vigo* (E. Besnier), les pommades renfermant à la fois de l'onguent de Vigo et de l'acide borique (vaseline, 30 grammes, onguent de Vigo, 5 grammes, acide borique, 1 gramme); on étale cette préparation sur un linge fin et on l'applique sous forme d'emplâtre sur la surface malade (Éloy).

Voici la formule que préconise Dubreuilh :

℞ Vaseline	} àà 50 grammes.	
Axonge		
Oxyde de zinc	20	—
Acide salicylique	2	—
Acétate de plomb cristallisé	1	—

F. s. a. Pommade.

Cet auteur insiste à juste titre sur ce point, qu'il faut avant tout empêcher les croûtes de se reproduire : on enduira donc la région malade d'une épaisse couche du topique, on la recouvrira d'un linge également enduit, et on fera tenir le tout avec un pansement approprié, ou si c'est impossible on renouvellera fort souvent les applications, et l'on nettoiera chaque fois en essuyant.

Sur le cuir chevelu, l'oxyde de zinc n'est pas pratique parce qu'il agglutine les cheveux ; la vaseline boriquée et surtout la pommade à l'oxyde jaune y donnent d'excellents résultats.

Lorsque l'impétigo, après sa guérison, laisse quelques pigmentations brunes, il faut conseiller au malade de mettre le soir, jusqu'à leur disparition, une pommade au *calomel*, par exemple : calomel, de 1 à 2 grammes ; oxyde de zinc, 4 grammes ; vaseline pure, 20 grammes.

Nous n'avons pas dans cet article à parler du traitement des lésions oculaires, buccales et vulvaires qui ont été rattachées à l'impétigo.

CHAPITRE X

TRAITEMENT DE L'ECTHYMA

PAR

L. BROCQ

Médecin de l'hôpital Broca-Pascal.

I

Considérations générales.

Bien avant les études bactériologiques actuelles, notre regretté maître E. Vidal avait établi sur des bases précises et inattaquables l'existence d'une affection cutanée essentielle, l'ecthyma, en démontrant que la pustule caractéristique de cette affection était inoculable et auto-inoculable. L'ecthyma est le prototype des dermatoses auxquelles Leloir a donné le nom de pyodermites. Elle est essentiellement constituée au point de vue objectif par une pustule arrondie, à marche extensive par inoculation périphérique sous-épidermique, à base indurée et enflammée d'un rouge vif; à son centre se forme progressivement une croûte d'un brun plus ou moins foncé qui s'étale à mesure que la pustule évolue; cette lésion guérit au bout d'un laps de temps variable en laissant des cicatrices plus ou moins apparentes suivant l'intensité du processus.

Au point de vue étiologique et pathogénique, l'ecthyma semble être le résultat de l'inoculation du *staphylococcus pyogenes aureus*, mais d'une inoculation superficielle, n'intéressant

que l'épiderme. Suivant la nature du terrain sur lequel elle évolue, cette lésion se multiplie avec plus ou moins de facilité, prend plus ou moins d'extension, creuse plus ou moins les tissus. Il est probable que les diverses associations microbiennes jouent également un certain rôle dans ces évolutions diverses. Ce sont ces circonstances qui ont conduit les anciens auteurs à décrire plusieurs espèces d'ecthyma.

II

Traitement.

Les quelques mots qui précèdent font comprendre qu'il n'y a pas à proprement parler de traitement interne de l'ecthyma. Mais dans certains cas relativement sérieux, lorsque les inoculations se multiplient, lorsque les ulcérations creusent, il faut rechercher si l'état général du malade n'entre pas pour une certaine part dans cette évolution anormale de la dermatose, et l'on doit, si c'est utile, s'efforcer de modifier le terrain.

Aux lymphatiques, on donnera l'*huile de foie de morue* vierge pure ou *iodée*, le *sirop iodo-tannique*, le *sirop de raifort iodé*, etc. On prescrira un séjour au bord de la *mer* ou des eaux appropriées telles qu'*Uriage*, *Luchon*, *Salies-de-Béarn*, *Salins-Moûtiers*, *Briscous-Biarritz*, *Salins-Jura*, *Besançon*, *Kreuznach*, etc.

Aux cachectiques, on prescrira des toniques énergiques, du *quinquina*, de la *quinine*, les *phosphates* et les *glycérophosphates* sous toutes leurs formes, etc.

Si le sujet est syphilitique, on instituera une médication à la fois anti-syphilitique et tonique; s'il est alcoolique, on tâchera de lui faire suivre une hygiène alimentaire régulière.

A tous on recommandera de prendre des soins de propreté minutieux. Les ongles seront coupés ras : ils seront matin et soir lavés et brossés à l'*eau boriquée* et à la *liqueur*

de van Swieten ou à l'*alcool camphré*. Lorsque la peau n'est pas irritable, lorsqu'il n'y a pas de complication d'une autre dermatose, on lotionnera également tous les matins toute la surface des téguments avec de l'ouate hydrophile boriquée imbibée d'alcool camphré; et si cette substance est trop irritante, on la remplacera soit par de l'*eau de Cologne*, soit par de la liqueur de *van Swieten*, soit par une solution d'*acide phénique* au 100e, soit par de l'*eau boriquée*, soit par de l'*eau d'Alibour* étendue d'eau bouillie. S'il y a quelque parasite, tels que des poux ou des acares, dont la présence est la cause première de l'éruption, il va de soi qu'il faut tout d'abord les faire complètement disparaître.

Le pansement des lésions cutanées est théoriquement bien simple : il faut d'abord les déterger, en enlever autant que possible la matière inoculable, puis empêcher les nouvelles inoculations, et faire cicatriser les ulcérations déjà produites.

1° *Déterger les lésions.* — Quand elles sont fort nombreuses, qu'elles sont en partie recouvertes de croûtes adhérentes, parfois sanguinolentes, il est bon de donner des *bains émollients* ou *boriqués*, prolongés de façon à amener la chute de tout ce qui recouvre les plaies. On peut aussi arriver au même résultat par des *pulvérisations boriquées*, par des applications de *cataplasmes* tièdes de fécule de pomme de terre ou de farine de graine de lin fraîches faits avec de l'eau boriquée, par des enveloppements de tarlatane préalablement bouillie pour enlever l'apprêt, pliée en huit ou dix doubles, imbibée d'*eau de camomille boriquée*, légèrement exprimée et recouverte de taffetas gommé ou de gutta-percha laminée. — Il ne faut pas continuer ces applications humides après que le nettoyage des plaies a été obtenu. Certes il n'est pas rare de voir l'ecthyma guérir complètement et avec rapidité sous la seule influence d'enveloppements de tarlatane boriquée faits comme nous venons de l'indiquer et renouvelés toutes les six heures : c'est même là un moyen des plus commodes, très pratique et que l'on ne saurait trop recommander dans les cas simples : mais parfois les applications humides trop pro-

longées retardent singulièrement la cicatrisation de l'ecthyma.

Quand la pustule d'ecthyma est entière, sans croûte centrale ou avec un vestige de croûte, il est bon de l'ouvrir avec une aiguille flambée, de la dilacérer, d'enlever aux ciseaux courbes tout l'épiderme décollé, de la laver soigneusement avec de l'ouate hydrophile boriquée imbibée d'un liquide antiseptique quelconque, puis de faire un pansement antiseptique et occlusif.

2° *Empêcher les inoculations nouvelles de se produire et faire cicatriser les ulcérations déjà faites.* — Le seul pansement qui réponde à ces indications est en effet le pansement antiseptique et occlusif. Les enveloppements boriqués dont nous avons parlé plus haut le réalisent, et c'est pour cela qu'ils réussissent dans beaucoup de cas. Mais le topique que nous recommandons par-dessus tout, celui qui nous paraît de beaucoup le plus pratique, le moins encombrant, le plus efficace, c'est l'*emplâtre rouge* du regretté E. Vidal, dont la formule est: minium 2,50, cinabre 1,50, emplâtre diachylon 26.

Voici comment on doit s'en servir : tous les matins, et quand les plaies suppurent abondamment, matin et soir, on fait le pansement. Pour cela, on enlève l'emplâtre posé la veille, on nettoie à la *vaseline boriquée* les téguments voisins de la lésion lorsqu'ils sont recouverts d'un peu de matière d'emplâtre : il suffit de frotter légèrement avec le doigt imprégné de cette vaseline jusqu'à ce que la matière adhérente soit dissoute, puis on essuie en appuyant avec un linge en toile fine et usée, en ayant soin de ne pas toucher à la plaie, car il ne faut ni l'écorcher, ni la faire saigner.

On nettoie ensuite la plaie elle-même avec de l'ouate hydrophile boriquée imbibée soit d'une solution de *chloral* au 200e, soit d'une solution *phéniquée* au 100e, soit d'une solution de *sublimé* au 1000e, soit d'*eau d'Alibour* étendue d'eau bouillie.

Puis on recouvre exactement la lésion en en dépassant les bords de quelques millimètres d'un morceau d'emplâtre rouge d'E. Vidal fraîchement préparé.

Cette petite opération doit être répétée au niveau de toutes les lésions ecthymateuses, quelque minimes qu'elles puissent être : un seul oubli peut suffire à éterniser les inoculations. Si au contraire elles sont toutes hermétiquement recouvertes, on conçoit que le malade ne puisse plus, par le grattage, s'inoculer çà et là le pus de ses ulcérations.

Si la cicatrisation tarde à se faire, — et d'ordinaire, par ce procédé, l'ecthyma guérit en un laps de temps qui varie de six à douze jours suivant son étendue et sa profondeur, — on touche les plaies après le lavage, avant d'appliquer l'emplâtre, avec une solution de *nitrate d'argent* au 20e ou au 10e.

Si l'emplâtre rouge est mal supporté, ce qui est fort rare, on fera le pansement soit avec des *emplâtres à l'acide borique*, à l'*oxyde de zinc boriqué*, à l'*aristol*, au *dermatol*, à l'*iodol*, à l'*airol;* soit avec des *enveloppements* de tarlatane imbibée d'eau boriquée (voir plus haut), soit avec des *poudres* sèches telles que l'*iodol*, le *dermatol*, l'*aristol*, l'*europhène* et le *sous-carbonate de fer*.

Chez les enfants, il faut surtout insister sur les soins les plus absolus d'une propreté minutieuse. On les fera laver avec de l'*eau de feuilles de noyer boriquée;* on les tiendra saupoudrés avec du *carbonate de bismuth* ou de la *magnésie;* on recouvrira les plaies d'emplâtre rouge ou bien de *poudre d'écorce de chêne*, de *café torréfié*, de *quinquina* ou de *ratanhia*.

Ces mêmes prescriptions s'appliquent aux cas où l'ecthyma est profond ou ulcéreux : en outre, il est alors nécessaire, lorsque les lésions siègent aux jambes, d'imposer au malade le *repos* complet dans la position horizontale ; — d'employer comme lotions, lorsque l'ulcération est atonique, le *vin aromatique*, l'*alcool camphré*, le *jus de citron camphré*, — de panser à l'*iodoforme* (quand il est supporté), à la poudre de *sous-carbonate de fer*, à l'*europhène*, poudres avec lesquelles on remplit la cavité, et par-dessus lesquelles on met du lint ou de la tarlatane aseptique pliée en plusieurs doubles, imbibée d'eau boriquée, fortement exprimée, et recouverte d'un tissu imperméable : enfin si ces moyens ne

semblent pas produire de résultat satisfaisant, pour réveiller la vitalité des bourgeons charnus, on panse avec de l'*onguent styrax* mélangé à parties égales avec de la poudre de sous-carbonate de fer, ou avec de l'europhène, de l'aristol ou de l'iodoforme, mais on doit alors se défier de l'action très irritante de ce topique.

Lorsque les ulcérations ont de la tendance aux hémorragies, on les touche avec des solutions concentrées d'*antipyrine;* au besoin même, on les saupoudre d'un peu d'antipyrine avant de faire le pansement.

CHAPITRE XI

TRAITEMENT DU PSORIASIS

PAR

ERNEST BESNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

I

MEMENTO NOSOGRAPHIQUE ET NOSOLOGIQUE

I. Élément psoriasique. — Type et anomalies. — II. Marche. — Durée. — Rémissions. — Intermissions. — III. Aperçu sommaire de différenciation clinique : psoriasis et érythrodermies. — Psoriasis et pityriasis. — Psoriasis et eczémas. — Psoriasis et lichen, « lichens », lichénisations. — Psoriasis et syphiliodermies. — Psoriasis et lupus érythémateux, séborrhées concrètes, trichophyties. — IV. Nature du psoriasis. — Contagiosité. — Inoculabilité. — Hérédité. — Théories nerveuse, parasitaire, etc.

La question du psoriasis, qui semblait une des mieux réglées, est devenue une des plus discutées. Tout y est à reprendre : histologie comparée, nature de la maladie, rapports avec l'eczéma, cas mixtes, associés, faits ambigus et faits de transition, influence de la stéatidrose, prédisposition vasculaire constitutionnelle, part du système nerveux, hématologie, transmissibilité, rôle des bactéries, etc., etc. Sur tous ces points, nous retiendrons ce qui est nécessaire pour donner une notion satisfaisante de l'état actuel du sujet, dans ses rapports avec la thérapeutique.

I

Élément psoriasique. — Type et anomalies.

A. — Le psoriasis normal, catarrhe sec de la peau, avoisine singulièrement, dans ses lésions élémentaires, l'eczéma, catarrhe humide : — parakératose ; développement considérable du réseau, et hypertrophie œdémateuse des papilles ; ectasie et congestion veineuses intra-papillaires ; dans les cas anciens et intenses, prolifération conjonctive du réseau dermique superficiel, avec hypertrophie de la couche supérieure du chorion ou derme sous-papillaire et inter-papillaire. On aura la note essentielle, au point de vue des indications thérapeutiques déduites de l'anatomie, en disant avec Loewe [1], que le psoriasis n'est pas une affection du type phlegmasique, mais une anomalie (une perturbation) du processus de kératinisation, accompagnée d'une hyperémie veineuse des couches profondes du derme, et d'une congestion artérielle avec infiltration modérée de cellules lymphoïdes dans ses couches supérieures ; prolifération de la zone cornée moyenne de Unna, et desquamation. La superficialité du processus est accusée par l'absence de lésions définitives, par l'intégrité des follicules pilaires, même dans les cas de durée très prolongée, etc.

B. — Cliniquement, sur la peau, saine alentour, l'élément psoriasique se manifeste d'abord sous l'aspect — que le grattage avec l'ongle met en évidence quand il semble douteux — d'un point dyskératosique plat ou légèrement saillant, d'une tache lenticulaire argentée, formée d'un stratum épithélial sec, dissocié, infiltré d'air, blanc d'argent ou blanc grisâtre, figurant une tache de bougie ou une goutte de plâtre. Au début, c'est un point squamulaire sec, sans saillie ni rougeur ; après quelques jours, l'état hyperémique y est manifeste, et si la déhiscence de son plan superficiel n'est déjà faite, le moindre

1. Loeve. — Zur Anat. der Psoriasis. *Mittheilungen a. d. Dermat. Klin. d. K. Charité Krankenhauses z.* Berlin, 1887.

grattage la produit; rapidement, l'altération progresse du centre à la périphérie; le point devient une tache lenticulaire, une « goutte » — *Ps. ponctué, lenticulaire, en gouttes.*

En un temps très court, une à trois semaines, la tache lenticulaire s'élargit en tous sens, s'élève très légèrement, et forme des disques, des plaques nummulaires de la dimension d'une pièce de monnaie moyenne. A ce point de développement, le processus excentrique uniforme se ralentit, ou bien l'accroissement se fait par adjonction d'éléments — plaque composite. Dans quelques cas, le processus rétrocède au centre et forme par la continuation de l'altération à la périphérie, un anneau; pour d'autres, c'est l'adjonction des gouttes, des disques qui forme des anneaux, des figures en huit de chiffre, des stries alignées, des traînées gyroïdes, des placards festonnés par fusion des gouttes ou des disques primitifs dont la limite marginale disparaît aux contacts, ou enfin des agglomérats plâtreux, diffus ou multiformes. — *Ps. annulaire, circiné* (Lèpre de Willan, L. vulgaire), *figuré, nummulaire, géographique, en plaques, en placards, gyroïde, diffus, amorphe, etc.*).

C. — La profondeur de l'infiltration dermique, très variable, doit être précisée au point de vue du pronostic de durée du traitement, et pour régler le choix et le dosage des antipsoriasiques. — *Ps. plan, superficiel; Ps. élevé, papuleux; Ps. épais, en plaques, profond.*

L'épaisseur elle-même, du stratum squameux de l'élément psoriasique va du surtout le plus léger — *Ps. pityriasiforme, ichthyosioïde* — jusqu'aux agglomérats les plus épais, tels qu'on les observe au cuir chevelu à la surface duquel on les voit former des saillies conchyliformes. Variétés nombreuses dans la consistance, le mode de déhiscence, la quantité des squames stratifiées, leurs dimensions, leur disposition systématique ou amorphe; mais elles sont toujours sèches typiquement, non stéatosées.

D. — Tantôt pulvérulent et sans cohésion, l'amas épithélial est d'autres fois consistant, disposé en couches régulièrement

stratifiées, que l'on peut effeuiller. Quelquefois on n'en distingue pas seulement les étages, mais on relève les formations concentriques successives bien individualisées, et démonstratives, qui dessinent à la surface de la plaque des contours conchyloïdes fins et élégants, parfois avec cupulation centrale, plus souvent avec superpositions décroissantes du centre à la bordure — *Ps. rupioïde*. A la superficie, l'adhérence des squames est très faible, et le grattage avec l'ongle le dissocie aisément ; leur cohésion augmente en se rapprochant du plateau psoriasique ; et l'on peut souvent, en menant l'ongle assez profondément sous la plaque argentée, l'avulser en entier, tout d'une pièce.

A l'état normal, l'exfoliation proprement dite, la mue épithéliale de l'élément psoriasique, est modérée ; son déchet n'encombre pas la literie, les vêtements, le sol. Le cas contraire indique une phase particulière, ou une forme individualisée, qui spécifie certaines variétés exfoliatrices graves, non d'une manière absolue. Ordinairement, mais sous des aspects extrêmement variés et variables, l'exfoliation psoriasique parcourt un nombre infini de degrés depuis le type pityriasique le plus léger — *Ps. pityriasiforme* — jusqu'aux agglomérats épais et conchyloïdes du psoriasis *rupioïde*. Si l'on réunissait en ligne cent sujets atteints de psoriasis, tous auraient quelque particularité individuelle à relever.

Dans plusieurs variétés, le mode déhiscent fait défaut, le revêtement est corné, verruqueux, solide, adhérent, résistant au grattage et à l'avulsion, prenant quelquefois des proportions extraordinaires — *Ps. corné, verruqueux, papillomateux*. Ces formes, qui peuvent être généralisées, s'observent particulièrement aux mains, faces dorsales et palmaires ; elles restent tout à fait distinctes de la prolifération kérato-papillaire des plaques de psoriasis invétéré qui, au niveau des sommets articulaires et osseux, avoisinent de très près, au premier aspect, les agglomérats du lichen plan corné.

E. — Si, au lieu d'enlever avec soin, en entier, le surtout plâtreux, on l'écaille avec l'ongle jusqu'à ce que l'on arrive

sur la cuticule parakératosique immédiate aux papilles et au corps muqueux, et qu'on l'excorie légèrement, il se fait un léger suintement sanguin — signe du saignement — dont Hebra et Devergie ont montré l'importance au point de vue du diagnostic du psoriasis. Ce signe, que les malades mettent en évidence spontanée par le grattage quand le psoriasis est prurigineux, n'a pas une valeur pathognomonique absolue.

Quand on a avulsé, en détail, par grattages répétés, les squames friables de la superficie de l'élément psoriasique, ou quand on a enlevé l'agglomérat d'une pièce par l'ongle mené sous la plaque épithéliale, le plateau psoriasique apparaît comme un disque rouge spongieux, pointillé de fines saillies rouges, la plupart excoriées et saignantes, luisant, succulent, granité, avec les orifices folliculaires visibles ; un peu collant au doigt, portant l'empreinte des zones épithéliales concentriques qui viennent d'être avulsées. Il est recouvert, comme d'un vernis, par une lamelle épithéliale mince et fragile, transparente — cuticule sous-squameuse de L. Duncan Bulkley[1], dont la valeur diagnostique est réelle sans être absolue.

Cliniquement et anatomiquement, la parakératose précède, ou semble précéder, l'infiltration hyperémique du derme, et la rougeur, élevée ou non, qui la décèle. C'est seulement quand l'élément psoriasique est définitivement constitué, complet, en voie de progrès ou irrité, que sa surface sous-épidermique est entièrement rouge sombre — rouge psoriasique, bien voisin du cuivré rouge des syphiliodermes — plus ou moins dissimulé par l'accumulation des squames, mais très manifeste quand le revêtement est enlevé par le grattage ou rendu transparent par les bains, la glycérine, les graisses, etc. La rougeur déborde ultérieurement l'élément épidermique, et forme, à son pourtour, un anneau hyperémique du rouge caractéristique, — liséré psoriasique, — lequel n'est jamais élevé au niveau de l'élément, du plateau psoriasique, et ne forme pas un bourrelet, ni même un ourlet. La coloration intense de ce liséré

1. L. Duncan-Bulkley. — Note on a hitherto undescribed point in the diagnosis of Psoriasis, *in Archives of Dermatol.*, 1879, p. 129.

indique que l'élément psoriasique est en voie de développement actif ou d'évolution permanente; son affaiblissement, sa disparition et son remplacement par un anneau blanc, — couronne anémique de guérison, — indiquent que le processus psoriasique a pris fin, signe clinique majeur.

F. — Le nombre, la disposition, la répartition des éléments psoriasiques à la surface tégumentaire varient dans des limites étendues.

Typiquement, le psoriasis a pour lieu d'élection, et pour localisation initiale élective, les sommets — coudes, genoux — où il faut toujours le rechercher d'abord, sans que l'intégrité de ces régions entraîne la négative. Quelquefois la disposition éruptive est irrégulière, d'autre fois systématique, — hémi-psoriasis, psoriasis zoniforme, etc., — normalement, le psoriasis est symétrique.

Il est rare, et *exceptionnel*, qu'il n'y ait qu'*une* seule plaque de psoriasis. Lorsque cette observation se présente, il faut redoubler d'attention et de sévérité dans l'examen du malade, en faisant porter l'enquête sur *toute* la surface du corps; si cette plaque de « psoriasis » est véritablement unique, il sera nécessaire, avant d'en porter le diagnostic ferme, d'éliminer la série des affections qui peuvent être *psoriasiformes*, l'eczéma, les syphilides, le lupus érythémateux, le lichen, etc.

Dans quelques cas, le type normal peut être absolument renversé; les plis de flexion, les surfaces de contact sont occupés, en tout ou en partie, symétriquement ou sans symétrie, par les efflorescences psoriasiques, le côté de l'extension et les sommets étant épargnés. Ces formes *atypiques* sont généralement rebelles, et interminables; en outre elles présentent des ambiguïtés particulières de diagnostic, et demandent beaucoup de réserve dans l'interprétation. Même restriction pour toutes les localisations solitaires et très discrètes : les unes et les autres réclament un *triage* sévère et une différenciation attentive d'avec les formes d'eczéma psoriasiforme, sébacé, lamelleux, auxquelles Bazin a surtout emprunté, pour constituer le « *psoriasis arthritique* » — variétés scarlatiniforme

et nummulaire — dont la plus grande partie est manifestement du type de l'*eczéma* séborrhéique nouveau.

Très souvent la face, la peau des mains, la plante des pieds ne sont pas atteints, et, dans beaucoup de cas de psoriasis, même très étendu, une ligne fictive sus-malléolaire et sus-radio-carpienne isole les extrémités. Cette disposition reste manifeste alors même que, selon l'ordinaire, quelques points ou quelques gouttes s'éparpillent, aberrants, sur le dos de la main ou des phalanges, ou s'échappent vers le bord interne du pied, en avant de la malléole interne. Inversement, dans quelques cas, le psoriasis s'accumule sur le dos des doigts et des mains, alors qu'il demeure plus ou moins discret sur le reste du corps; même s'il est confiné à la paume des mains ou à la plante des pieds, sa bordure rouge limitante se retrouve courant sur la ligne de séparation des faces dorsale et plantaire.

G. — Un assez grand nombre de circonstances diverses anomalisent l'élément typique :

1° Sous l'action du mouvement, et au niveau des plaques particulièrement anidrosiques, il se produit souvent, dans le sens de l'extension régulièrement, non exclusivement, des ruptures linéaires profondes, saignantes, douloureuses — *Fissures, rhagades psoriasiques.*

2° Le prurit, qui est essentiel dans les catarrhes humides de la peau, manque typiquement dans le catarrhe sec; mais s'il est rare à titre primitif, il est fréquent à titre secondaire, sous l'action des antipsoriasiques, particulièrement de la chysarobine et du pyrogallol, surtout quand la peau n'est pas convenablement protégée autour des surfaces malades; ou encore sous l'influence de causes générales, ou locales diverses — prurigo, phthiriase, etc. Quelle qu'en soit l'origine, une fois établi, le prurit s'installe souvent à demeure; des excoriations de grattage saignantes couvrent les placards, et le traumatisme de la peau *saine* favorise la production de nouveaux éléments — *Ps. prurigineux, prurigo psoriasique.*

3° Sous l'action d'irritations diverses, d'applications médicamenteuses trop énergiques, trop prolongées, etc., les placards psoriasiques, et les espaces inter-psoriasiques, peuvent subir un processus d'eczématisation aiguë — *Ps. eczématisé.*

4° Spontanément — ou sous l'irritation par pression prolongée au niveau des saillies osseuses — des plaques de psoriasis rebelles, *vivaces sur place*, immobilisées, se *lichénisent* plus ou moins, forment des surfaces d'hyperdermie, losangiques, quadrillées, dont le diagnostic clinique sur un élément *isolé*, serait presque toujours inexécutable à un examen extemporané.

5° Dans la déclivité, et sous l'action de conditions sordides, le psoriasis lichénisé ou eczématisé peut se pachydermiser — *Ps. éléphantiasique* ou *éléphantiasis psoriasique.*

6° La localisation aux plis de contact, l'état intertrigineux, modifient les éléments psoriasiques en donnant lieu à un suintement avec décapage — *Ps. intertrigo, humide, suintant, eczématoïde.*

7° L'hyperstéatidrose produit l'état succulent des plaques, l'état gras des squames — *Ps. séborrhéique, eczémato-séborrhéique.*

L'identité ou l'analogie d'aspect qui s'établissent sous ces dernières influences entre l'élément psoriasique et l'élément eczématique rendent souvent la détermination des deux altérations plus ou moins ambiguë ; mais il est rare que les éléments psoriasiques perdent tous leurs caractères d'identité, et l'analyse clinique permet, sinon toujours extemporanément, au moins avec une observation suffisante, d'établir la nature réelle.

8° A la suite des folliculites qui apparaissent au cours du traitement du psoriasis — par le goudron en particulier, mais aussi sous l'action d'autres irritants, et en dehors des dermatites psoriasiques dont nous donnerons l'indication tout à l'heure — on peut observer des formes compliquées de pustulation générale repullulante, extrêmement difficiles à interpréter, et à traiter — *Ps. pustuleux.* On peut même rencontrer des cas tout à fait extraordinaires d'éruptions déformantes

diverses[1], qui rendent le diagnostic momentanément impossible.

9° Des conditions épisodiques variées, desquelles il faut toujours s'enquérir, peuvent encore modifier et dénaturer l'aspect de l'élément psoriasique : les applications thérapeutiques, les bains, la sudation saisonnière, ou provoquée, les onctions grasses, etc. Dans cette direction, il faudra savoir reconnaître les modifications typiques que produisent sur les éléments, et à leur périphérie, les agents réducteurs, le pyrogallol et la chrysarobine au premier rang.

10° Enfin, on aura soin, pour mettre le diagnostic complètement au point, de noter si le psoriasis est débutant, floride, à la période d'état, en paroxysme ou décadent, etc. A l'ordinaire, plus ou moins lentement, exceptionnellement avec rapidité, les éléments psoriasiques *évoluent;* — augment, état, déclin. Dans la première période, ils se multiplient ou croissent; leur bordure érythémateuse se dessine nettement. A la période d'état, les éléments peuvent s'immobiliser, et perdre leur anneau hyperémique; mais d'autres fois, ou sur des points différents, le plateau s'élève, la cuticule est plus résistante, l'individualité des composants s'atténue. Le plateau psoriasique composite, devenu irrégulier, ou resté discoïde, est surtout remarquable par l'exagération des plis de la peau à sa surface; il a l'aspect d'une plaque de « lichen », il est lichénoïde, *lichénisé*.

A la phase de déclin, l'anneau hyperémique s'efface; le plateau s'affaisse; l'exfoliation devient de moins en moins accentuée, et cesse; le niveau normal se rétablit, et l'on ne trouve plus, à la place de l'élément psoriasique, qu'une macule hyperémique sombre, à laquelle succède une tache pigmentaire, dont on retrouve la marque pendant des mois et plus, surtout au tronc et aux membres inférieurs[2]. Les malades doivent

1. Voy. Leçon clinique du professeur Kaposi. — Zur Therapie der Psoriasis, *Wiener med. Presse*, 1896, p. 473 et 510.

2. Devergie, Kaposi, etc. ont signalé la médication arsenicale comme donnant lieu à des hyperchromatoses consécutives aux altérations psoriasiques, au même titre que chez les sujets non psoriasiques. En réalité, les unes et les autres

être prévenus de ce fait, et avertis qu'il est inutile de continuer le traitement au niveau des plaques érythémateuses, ou pigmentées, quand le grattage n'y peut plus déceler de desquamabilité. Pendant un temps variable, la peau reste à ce point un peu épaissie, parcheminée, luisante, anidrosique; puis tout rentre dans l'ordre, à l'ordinaire seulement pour un temps.

Les trois périodes — augment, état, déclin — sont nécessaires à fixer pour l'institution du traitement, qui n'est pas en état uniforme d'opportunité à chacune d'elles.

Quelquefois, le processus psoriasique est sensiblement synchrone sur tous les points du corps, c'est-à-dire que, d'un pas harmonique sinon égal, la croissance, l'état et le déclin se retrouvent partout; mais il est loin d'en être ainsi régulièrement. Rien n'est aussi ordinaire que de trouver sur un même sujet des macules de guérison, des plaques au déclin, alors que surgissent des éléments nouveaux plus ou moins nombreux — *Ps. subintrant.*

II

Marche. — Durée. — Rémissions. — Intermissions.

Régulièrement, la marche du psoriasis, plus ou moins lente, est chronique au sens le plus absolu du mot, évoluant par poussées ou paroxysmes, intenses ou légers, dont la chaîne, rarement brisée, constitue la maladie qu'il ne faut pas confondre avec une « poussée » prise isolément. Cette notion n'est pas assez présente à l'esprit des observateurs qui parlent de la « *guérison* » du psoriasis, alors qu'il s'agit seulement de la cessation d'une éruption, de la fin d'un

de ces macules pigmentaires sont surtout réglées par la *faculté pigmentaire* individuelle, par l'*excitabilité chromatogène* propre à certains sujets, chez lesquels, tous les traumas, les lésions syphilitiques, psoriasiques, etc., le vésicatoire, la teinture d'iode, la pression d'un bandage, etc., etc., produisent des macules extrêmement persistantes.

Hallopeau a signalé la possibilité d'altérations inverses, c'est-à-dire de macules achromiques persistant aux régions occupées antérieurement par l'élément psoriasique.

des actes de la maladie. La guérison *vraie* d'un psoriasis *vrai* est rare.

A. — Tantôt la première apparition de la maladie, avec ou sans réaction générale, est aiguë : on voit, sur différents points du corps se développer, simultanément et avec activité, des éléments psoriasiques. Chez les jeunes sujets, les jeunes filles en particulier, avec ou sans tache initiale, ou sans manifestations antérieures, se produit une véritable poussée de psoriasis à petits éléments ne dépassant pas les dimensions de la goutte typique. Quelquefois l'éruption conserve, à peu près, le même caractère pendant toute sa durée, puis rétrocède pour ne plus reparaître, ou, ce qui est malheureusement plus ordinaire, prend la forme commune plus ou moins rapidement, se reproduit ultérieurement dans les types vulgaires.

B. — La durée du psoriasis vrai est illimitée, interrompue seulement par des rémissions, ou des intermissions rarement complètes. Il est exceptionnel que l'examen de la totalité du corps d'un psoriasique, supposé guéri, soit absolument négatif *si cet examen est vraiment complet*, et si on le renouvelle à échéances un peu différées.

Parfois spontanées, c'est-à-dire de cause non déterminée, ces rémissions ou ces intermissions, que l'on attribue régulièrement aux dernières médications employées, sont, dans quelques cas, directement reliées à des oscillations de la nutrition ou de l'innervation générales, de quelque origine et de quelque nature qu'elles soient, pourvu que leur intensité soit élevée. Que ces troubles soient aigus ou chroniques, simples ou organiques; qu'il s'agisse d'une pneumonie, d'une attaque d'asthme grave, d'une fièvre typhoïde, d'une pleurésie ou d'un cancer viscéral, d'une scarlatine ou d'une cachexie mercurielle, arsenicale, iodo-potassique, etc., le résultat est identique. Sous toutes ces influences, il peut se produire une véritable *délitescence* d'éléments psoriasiques même très anciens et rebelles jusque-là aux médications les plus diverses — délitescence au sens vrai et absolu, car la restitu-

tion à l'intégrité s'opère quelquefois avec une rapidité toujours surprenante, même quand on l'a plusieurs fois relevée. Dans l'ordinaire, ce n'est qu'un répit, et, plus ou moins tôt, si la nutrition se relève, le psoriasis refleurit; jamais nous n'avons personnellement constaté l'affaissement *définitif*, quand nous avons pu continuer à observer les malades au cours des années.

Par un mode vital du même ordre, à la limite de la décadence nutritive de l'âge, quand le vieux psoriasique entre en déchéance artérielle périphérique définitive, la lésion cutanée subit un affaiblissement adéquat, et finit par ne plus constituer qu'un état pityrode ichthyosïoïde, plus ou moins analogue à la xérodermie sénile ou cachectique (anidrose et astéatose) que l'on connaît sous le nom de pityriasis des tabescents.

Tout cela sépare bien nettement la *maladie* psoriasique des eczémas de tout ordre, et montre surabondamment combien il est nécessaire de conserver, en pratique, la distinction entre le psoriasis et les complexus divers dont l'eczématisation peut faire partie, sans se laisser émouvoir par les ambiguïtés que peut présenter le diagnostic extemporané d'un cas particulier.

III

Aperçu sommaire de différenciation clinique : psoriasis et érythrodermies. — Pityriasis rubra pilaire, pityriasis rosé de Gibert. — Psoriasis et eczémas. — Psoriasis et lichen, « lichens », lichénisations. — Psoriasis et syphiliodermies. — Psoriasis et lupus érythémateux, séborrhées concrètes, trichophyties.

A. — *Psoriasis et érythrodermies.* — Le psoriasis peut simuler la plupart des affections à parakératose, ou être simulé par elles; un aperçu sommaire du sujet suffira pour donner une notion générale de ces ambiguïtés.

1° Au cours d'un psoriasis récent ou ancien, sans cause reconnue, ou sous l'action d'irritations externes ou autogènes — écart de régime, intoxications médicamenteuses ou auto-intoxications, choc nerveux, etc., — d'applications externes irritantes les plus diverses, on peut voir se développer une dermatite érythémateuse, ou exfoliante, plus ou moins intense, grave ou bénigne.

2° Dans le type bénin, molimen éruptif éphémère; persistance de quelques îlots de réserve, exfoliation limitée ordinairement aux foyers psoriasiques. Le repos, la suppression des causes irritantes, les onctions anodines faites largement, la diète, le régime lacté, etc., amènent, assez rapidement, le décours; et les choses reviennent en l'état préalable, ou même il se produit une de ces guérisons provisoires, à surprise, après « poussée », qui rendent souvent si difficile l'interprétation exacte des effets thérapeutiques dans le psoriasis.

3° Le type intense, ou grave, est marqué par le caractère plus accentué du processus dermitique, et par sa généralisation complète — *Psoriasis absolu*. Au premier examen, le malade ne rappelle en rien le type normal du psoriasis; on pourrait le croire atteint d'une dermatite exfoliatrice commune, ou d'une dermatite scarlatiniforme[1] proprement dite, si on ne l'a pas observé antérieurement. Il n'y a alors vraiment aucun moyen extemporané de déclarer sûrement quelle est la nature de l'érythrodermatite, qui pourrait être idiopathique, secondaire à une autre dermatose — eczéma, pemphigus, pityriasis rubra pilaire, etc.

1. Ces éruptions ont été observées et décrites par Devergie (*Traité*, 2e édit. 1857, p. 467) sous le nom de *psoriasis aigu*, ou de *psoriasis rubra*, mais elles n'ont aucun rapport avec ce que Bazin a décrit sous le nom de *psoriasis scarlatiniforme*.

Pour Bazin, le « psoriasis scarlatiniforme » est la première variété du psoriasis « arthritique ». Il se développe « simultanément à la plante des pieds, à la paume des mains, à la racine des cheveux et aux organes génitaux; cependant, il peut aussi apparaître sur ces régions successivement, ou se borner à quelques-unes d'entre elles ». On ne peut rapporter le psoriasis scarlatiniforme de Bazin qu'à certaines variétés de psoriasis intertrigo, ou de psoriasis irrité accidentellement, peut-être au psoriasis irritable. et surtout aux eczémas *psoriasiformes*.

4° Dans une variété encore plus ambiguë, au cours d'un psoriasis aigu ou normal, se développe insidieusement, sans trouble général de la santé, une érythrodermite exfoliante pityriasiforme absolue; et, au premier aspect, le diagnostic de pityriasis rubra se présente inévitablement. Les éléments initiaux coalescent rapidement; peu à peu la peau de la totalité du corps prend une teinte rouge vineux, et desquame uniformément en lamelles fines et moyennes. En même temps se dessinent, considérablement augmentés, les reliefs des lignes papillaires, lisses, continus, et les sillons qui les séparent, réalisant un type banal de lichénisation, commun à une série de lésions cutanées et d'érythrodermatites. Les ganglions se tuméfient successivement et lentement. Prurit et criesthésie modérés mais positifs; chute des poils, partielle ou totale, mais toujours temporaire dans les érythrodermatites *vraiment* psoriasiques; lésions variées des ongles, sillonnement fin, etc. Cette forme se confond sensiblement, sinon d'une manière absolue, avec l'érythrodermite commune généralisée du pityriasis rubra pilaire, conservant, comme celle-ci, le caractère d'origine par la longue durée, — pendant des années — sans qu'il se produise de trouble profond, démasqué, de la nutrition générale, ni des grandes fonctions organiques.

A côté de ces érythrodermatites exfoliantes psoriasiques, se placent, d'une part, celles qui sont *secondaires* à divers états pathologiques de la peau nettement différenciés — eczéma, lichen, pemphigus, etc. — que Bazin a individualisées sous le nom d'*herpétides malignes exfoliatrices;* et, de l'autre, les érythrodermatites idiopathiques, dermatites exfoliatrices, pityriasis rubra. C'est pour donner un cadre d'étude à la différenciation délicate de ces dermatites, et pour en faciliter l'analyse intégrale, que nous avons proposé autrefois de les réunir *provisoirement* sous le nom d'*érythrodermies*[1]

1. Dans une leçon clinique des plus importantes et des plus remarquables sur le traitement du psoriasis, (Zur Therapie der Psoriasis, *in Wiener med. Presse*, 1896, p. 413 et 510), le professeur Kaposi, après avoir montré combien il était

exfoliantes, et non pour en faire un groupe nosologique.

Les érythrodermatites psoriasiques sont généralement rebelles, et ne sont pas du ressort des médications antipsoriasiques proprement dites; leur direction est celle qui s'impose dans tous les cas de complication irritative ou phlegmasique aiguë généralisée.

B. — *Psoriasis et pityriasis.* — 1° A certaines périodes, et dans quelques régions déterminées, le pityriasis rubra pilaire reproduit assez étroitement la morphologie du psoriasis diffus et ancien, pour que l'individualité absolue des deux affections en semble fortement ébranlée. Quelquefois, les aspérités kératosiques des orifices folliculaires sont bien voisines des points initiaux du psoriasis; les plaques granitées des membres ou du tronc, celles des sommets articulaires, et, dans quelques observations, les exfoliations fissuraires de la paume des

difficile de déterminer sûrement un psoriasis généralisé, parce qu'une série d'autres processus se présentaient sous un aspect identique, ajoute ce qui suit :

« Les « Français », dont la langue est tellement souple qu'elle les conduit de la manière la plus facile à couvrir avec des mots des idées obscures, se sont habitués, dans ces dernières années, à employer, dans des cas semblables, le terme d'érythrodermie, c'est-à-dire un mot grec pour ce que le vulgaire — « Laie », laïque, profane, et en l'espèce le patient, — nous dit, de lui-même. »

« *Die Franzosen deren gefügige Sprache so sehr dazu verleitet, unklare Begriffe durch die Sprache zu decken, haben sich sogar in den letzen Jahren daran gewöhnt, in ähnlichen Fällen die Diagnose Erythrodermie zu machen, also ein griechisches Wort für das, was uns der Laie selbst angibt.* »

On s'expliquera d'autant moins ces paroles, que c'est dans les notes mêmes de la traduction de l'ouvrage du professeur Kaposi que nous avons expliqué longuement le sens, la signification et la valeur nosologique ou nosographique du mot nouveau : Quelques extraits pour démonstration :

« Le Pityriasis rubra de Hebra est loin d'être la seule affection qui puisse se traduire, à un *moment donné de son évolution*, par de la rougeur généralisée avec exfoliation fine, prurit, hyperthermesthésie, lésions des phanères; et, dans la longue série de mois ou même d'années qui se sont souvent écoulés avant que l'affection soit soumise à une observation compétente, il est souvent difficile de reconstituer les actes écoulés.

« Or, si le médecin qui observe pour la première fois un malade le trouve arrivé à cette période vraiment pityriasique, son embarras sera extrême si la notion entière et précise des affections *rouges, squameuses*, ne lui est pas présente et familière.

« *C'est pour rendre plus aisée l'analyse clinique des faits de cet ordre que nous avons, depuis longtemps, proposé de réunir toutes ces affections du tégument, rouges, squameuses, sous le nom d'Érythrodermies exfoliantes, non pour en faire un groupe nosologique, mais simplement à titre provisoire et pour faciliter l'étude.*

« Parmi ces érythrodermies, les unes sont faciles à différencier et n'ont certainement aucun rapport de *nature* ni de symptômes avec le pityriasis rubra; mais il en est, nous allons le voir, dont le rapport objectif est, au contraire, tellement étroit, que la confusion est faite constamment, et pour lesquelles la relation avec le pityriasis rubra est si manifeste, que d'excellents observateurs en sont arrivés à se demander si les unes et les autres sont autre chose que des formes ou des variétés d'une seule et même maladie.

« C'est dans cet esprit et dans ce but, et *seulement pour réunir quelques documents utiles à*

mains et du périongle sont aussi psoriasiformes que possible. Cependant le cône corné du pityriasis, enfoncé par son segment inférieur dans l'infundibulum folliculaire, quand par hasard il ressemble à un point psoriasique, ne s'exfolie pas de la même manière, et peut toujours être distingué à un examen histologique facile, — voyez les dessins remarquables de Boeck[1], — et il est rare qu'il saigne à l'avulsion. Si les plaques granitées frustes du pityriasis existent comme seul élément cutané au moment de l'observation, il est certain que leur différenciation extemporanée pourrait être malaisée; mais cela se rencontre peu; et d'autres altérations, sur les mêmes points du corps ou sur d'autres, tranchent la difficulté.

Quand le psoriasis occupe les régions pilaires, il est tout à fait rare qu'il y imite le granité caractéristique; si cela arrive, il suffit d'en savoir la possibilité pour en faire l'interprétation,

l'étude ou à la pratique, que nous avons écrit cet appendice, déclarant par avance que, sous le rapport nosologique proprement dit, les considérations que nous formulons sont un peu platoniques, et que nous ne prétendons pas dire le dernier mot dans une question pour la solution de laquelle personne ne possède encore les documents nécessaires.

« La première division à introduire parmi les *érythrodermies exfoliantes* — maladies rouges desquamatives plus ou moins généralisées — est de séparer les *secondaires* des *primitives*. »

Immédiatement après nous décrivons longuement : 1° les *érythrodermies exfoliantes secondaires au psoriasis*, au *pityriasis rubra pilaire*, à l'*eczéma*, aux *lichens*, au *pemphigus*, les unes accidentelles ou épisodiques, les autres terminales, cachectiques, pernicieuses, malignes; — 2° les *érythrodermies exfoliantes, primitives, idiopathiques* : — *E. initiales larvées*; *eczéma, psoriasis, pemphigus, lichen*; les *E. desquamatives scarlatiniformes* et les *dermatites exfoliatrices aiguës ou subaiguës*; — 3° les *érythrodermies exfoliantes lentes ou chroniques, idiopathiques, primitives*.

« Dans ce groupe, *aussi artificiel que les précédents*, nous rangeons : *a*) *des dermatites chroniques à début variable, larvé*, et qui, après une durée plus ou moins longue, *aboutissent* à un état en apparence semblable à celui du pityriasis rubra ou de la dermatite exfoliatrice. — *b*) Une série variée, encore à l'étude, de dermatites à évolution lente, du *type lymphoïde* simple, ou associées à la leucémie, à la lymphadénie, au mycosis fongoïde, lesquels ne se confondent pas avec les altérations eczématiques ou autres qui précèdent pendant de longues années diverses formes non encore décrites de dermatoses. — *c*) *Des dermatites généralisées rouges, plutôt entrevues que connues*, qui procèdent d'*infections chroniques souvent latentes, suppurations profondes* ou *lésions organiques de la vessie, du rein*, du *système utérin*, etc. — *d*) Le *pityriasis rubra folliculaire* arrivé à son développement complet ou, au contraire, à certaines périodes intermédiaires, c'est-à-dire présentant de petites ou de grandes nappes rouges squameuses selon le type pityriasique, lesquelles l'ont fait souvent confondre avec le pityriasis rubra vrai. »

1. Caesar Boeck. — Ein Fall. v. Pit. pil., *Monatsch. f. prakt. Dermat.* B., VIII, n° 3, 1889.

car ce n'est jamais qu'à titre partiel, et comme exception. Mêmes réflexions pour les lésions unguéales, palmaires, plantaires, etc.

2° Le pityriasis rosé de Gibert, dont la multiformité, spontanée ou provoquée par les applications externes, est illimitée, affleure parfois de très près certaines formes pityrodes de psoriasis fruste ou délitescent, de psoriasis aigu débutant, ou une variété de psoriasis fruste insidieux observé surtout chez les enfants et les jeunes sujets, les jeunes filles particulièrement. Quand les premières manifestations du psoriasis se font sur un mode subaigu, avec une congestion dermique modérée, et une parakératose pityrode, les lésions diffèrent bien peu de celles qui appartiennent à quelques variétés de pityriasis ambigu, ou d'eczéma sec; et des difficultés du même genre se présentent fréquemment, dans les régions pilaires, où la presque totalité des altérations pathologiques peut déterminer des parakératoses. Dans tous les cas ambigus de cet ordre, c'est à l'analyse clinique du fait particulier, contradictoire, et suffisamment prolongée, qu'est réservée la conclusion.

C. — *Psoriasis et eczémas.* — Dans leurs types cliniques normaux, entiers, le psoriasis et l'eczéma sont absolument distincts; mais, pour les deux affections, il existe des variétés larvées, formes de transition ambiguës, ou à caractères dermatographiques mixtes. A leur première apparition, et dans leur début, le psoriasis et l'eczéma disséminé à forme discoïde et squamulaire, par exemple, ne peuvent pas être différenciés extemporanément par leurs caractères dermatographiques seuls. Et, à toutes les phases, l'état eczématique, c'est-à-dire l'humidité, le suintement, les croûtes exsudatives, peuvent survenir au psoriasis éventuellement — *Ps. humide, eczémateux, eczématoïde, eczématisé* — de même que le caractère psoriasique, c'est-à-dire la sécheresse, l'exfoliation, peut faire partie d'une phase, ou appartenir à une forme d'eczéma — *Ecz. sec, psoriasique, psoriasiforme, psoriasisé.* La même ambiguïté pour un diagnostic direct, et immédiat, se renouvelle incessamment dans la pratique.

Mais au milieu de cette apparente confusion, ces simili-

psoriasis et ces simili-eczémas perdent-ils leur individualité, et représentent-ils des « transformations » d'une espèce en une autre[1] ? En aucune manière. Le psoriasis eczématisé reste un psoriasis, et reprendra ses caractères; de même, l'eczéma lichénisé n'est pas devenu un lichen, mais a pris simplement l'aspect, non du lichen normal, mais du lichen lichénisé par suite d'un processus irritatif commun, propre à plusieurs affections différentes.

La question du conflit eczémato-psoriasique ne s'arrête pas à ces difficultés nosologiques; elle s'est singulièrement compliquée depuis l'invasion de la dermatologie par l'eczéma séborrhéique de Unna, dont les procédés éruptifs sont tellement analogues à ceux de quelques formes psoriasiques, que la spoliation du psoriasis aux dépens de l'eczéma a été extrêmement facile. En l'état, l'anatomie pathologique et la bactériologie ne fournissant pas de bases fermes à une distinction, la discussion, au fond, doit être interrompue pour porter seulement sur les caractères cliniques recherchés, non pas dans un phénomène dermatographique isolé, mais dans l'ensemble des symptômes, de l'évolution. Cela suffit pour les indications pronostiques et thérapeutiques.

Autrefois, on aurait pu dire que l'épreuve thérapeutique, c'est-à-dire la tolérance, par une lésion eczématoïde, des agents de réduction, indiquait sa nature psoriasique; mais aujourd'hui, il est notoire que plusieurs formes d'eczéma ou plusieurs eczémas à une période avancée, guérissent par les antipsoriasiques les plus officiels, et cet élément de jugement n'a

1. Les formes dermatographiques issues de l'association, de l'évolution simultanée de deux processus morbides, ne constituent pas des transmutations de l'une dans l'autre, mais des associations ou des superpositions de *lésions*. Une *espèce* quelconque peut s'associer à une autre ou être *détruite* par elle, mais la transformation de l'une en une autre n'existe pas dans la nature, et si l'on veut parler une langue scientifique, il faut abandonner ces formules.

Le cancer qui se développe sur une plaque de psoriasis ne transforme pas les éléments psoriasiques, il les supplante. La maladie eczématoïde de Paget peut se développer sur un élément eczématique en apparence, — admettons même en réalité, ce qui est l'exception, — elle n'est jamais un *cancer-eczéma* ni un *eczéma-cancer*, c'est un cancer simulant plus ou moins un eczéma, etc.

plus rien que de relatif. La vérité toutefois est que, dans la majorité des cas, si l'on excepte quelques régions spéciales, telles que la paume des mains ou la plante des pieds, les oreilles, la face et le gland, le psoriasis établit nettement son identité par les caractères typiques. Jamais les faux psoriasis, les eczémas psoriasiformes ou psoriasisés n'ont la ténacité, la récidivité, l'accroissement progressant avec le nombre des éruptions, du psoriasis vrai. La distinction extemporanée est souvent difficile objectivement, mais l'analyse clinique parvient presque toujours à établir l'individualité réelle. Il n'y a donc pas encore lieu de supprimer le psoriasis, et d'en faire une forme d'eczéma.

D. — *Psoriasis et lichen, lichens, lichénisations.* — Le lichen *vrai* — L. ruber ac. et pl., — *les* « lichens » divers — pseudo-lichens, lichénisations secondaires à origine multiple — se distinguent aisément du psoriasis typique lorsque ces divers états pathologiques sont, eux-mêmes, dans leur normalité. Mais du fait de chacun d'eux, et de leurs paratypes, résulte une nombreuse série de faits ambigus, dont on peut cependant, dans la majorité des cas, rétablir aisément les origines et la nature. Pour le lichen vrai — L. de Wilson — dans lequel la parakératose est peu accentuée; les difficultés ne commencent qu'avec ses variétés annulaires ou marginées discrètes, ou encore, avec quelques faits vraiment ardus de lichen palmaire ou plantaire, ou enfin pour le lichen lichénisé, limité à la partie antérieure des jambes sous forme de plaques kératosiques ambiguës, mais jamais comparables typiquement au psoriasis normal de la région.

Parmi *les* « lichens », la variété de prurigo diathésique décrite si parfaitement par Vidal et par Brocq sous le nom de lichen simple chronique — névrodermite chronique circonscrite — se distingue presque toujours aisément par l'absence de desquamation proprement dite, l'état papuleux, la zone pigmentaire, le prurit paroxystique, etc. Cependant, dans les formes solitaires, quelques localisations, — devant du tibia, cuir chevelu, apophyse mastoïde, région olécrânienne, som-

met du sacrum, région palmaire — peuvent faire hésiter un moment le diagnostic, surtout quand ces lésions sont anciennes, lichénisées à fond, et atypiquement desquamatives. Avoir notion de ces difficultés suffit pour faire, ordinairement, la différenciation exacte par les caractères actuels et par l'analyse clinique intégrale, par exemple, comme on le fait pour une plaque de psoriasis invétéré *lichénisée*, ou d'eczéma en disque, ayant subi le même processus secondaire, et qui se simulent quelquefois assez étroitement pour être, isolément, très difficiles à distinguer extemporanément. Dans ces diverses circonstances, on se rappellera que le psoriasis discret est fort rare, et qu'il existe le plus souvent sur un autre point des éléments typiques qui permettent d'affirmer l'individualité réelle.

Chez quelques sujets, à peau ichthyosique particulièrement, sous l'action des irritants du dehors ou des pressions réitérées, il se forme, au-devant des genoux en avant du tendon rotulien, aux coudes, sur le dos des articulations métacarpo-phalangiennes ou phalangiennes, etc., des lichénisations parakératosiques qui simulent parfois d'assez près les variétés frustes ou déformées du psoriasis invétéré. Pour les altérations décrites par Bazin sous le nom de « psoriasis de cause externe — artificiel, des dévots (le genou), des boulangers pétrisseurs (le dos des phalanges), etc. — les caractères toujours frustes, la localisation spéciale, suffiront pour éveiller l'attention, et mettre sur la voie du diagnostic.

E. — *Psoriasis et syphiliodermies.* — Il faudrait un chapitre entier pour traiter la question comparée des lésions psoriasiques et des syphiliodermies, étudiées par catégories et par régions anatomo-topographiques ; mais il suffira, dans ce simple mémento, de peu de mots pour la poser.

Les syphiliodermies qui desquament au delà du type, et les altérations psoriasiques dont l'exfoliation est faible, ou momentanément absente, se simulent souvent au plus haut degré. Dans les centres spéciaux — hôpitaux ou sociétés dermatologiques — il n'est pas rare de voir un même cas étiqueté

par l'un « psoriasis » et par l'autre « syphilide ». Et qu'est cela à côté de la confusion régnant dans l'esprit des médecins qui prennent le terme de psoriasis pour indicateur d'une lésion, non d'une maladie, et qui admettent plusieurs psoriasis, l'un syphilitique, l'autre non?

Cela dit, il faut ajouter, de suite, que si l'on néglige les cas où l'on est requis de faire, sur l'heure, et souvent au vu d'un élément unique, un diagnostic décisif, il est presque toujours, non toujours, possible, à l'aide d'une analyse attentive comprenant l'examen de la totalité du corps, la chronologie des phénomènes éruptifs rapportée à l'âge de la syphilis, les résultats des traitements effectués, etc., d'arriver au diagnostic, même quand l'évolution simultanée et superposée des deux processus morbides constitue des éruptions associées ou compliquées. D'autre part, les syphilides communes peuvent être modifiées dans leur aspect par un processus intercurrent de parakératose psoriasique, à laquelle la lésion spécifique a servi d'appel irritatif ou traumatique; cela arrive surtout aux *points de pression*, sur les sommets articulaires, là précisément où les mêmes conditions favorisent le développement de la parakératose psoriasique.

C'est seulement dans certaines régions que les difficultés de la différenciation sont constantes, et souvent insolubles — surfaces palmaires et plantaires; organes génitaux, points de contact intertrigineux où, par exemple, les plaques psoriasiques peuvent, momentanément, simuler les plaques syphilitiques, etc.

Aux régions palmaires et plantaires, la différenciation actionne non seulement le psoriasis et les syphilides, mais encore la totalité des altérations de la région. Là, comme à la langue, la spécialité anatomique régionale est tellement accentuée, et les éléments de structure si individualisés, que les altérations de causes les plus diverses s'y larvent de la même manière, et que l'eczéma, les dermites sudorales artificielles, toutes les dyskératoses, le lichen et les « lichens », ainsi que quelques variétés de trichophytose, peuvent s'y pré-

senter sous des aspects identiques. Nous disons aspects identiques, parce qu'aucun des caractères qui ont été donnés comme exclusifs à l'une ou à l'autre des affections que nous venons d'indiquer ne résiste à l'examen des faits[1]. Il faut toujours le secours des coïncidences immédiates ou éloignées, les onycho-kératoses pour le psoriasis, les lésions de la langue pour la syphilis, etc., etc., tout en rappelant encore que les coïncidences morbides peuvent déjouer toute conclusion absolue.

Sans aucun doute, on observe des localisations palmaires vraies au cours d'un psoriasis normal; mais cela est déjà rare, et cela devient exceptionnel comme manifestation unique du psoriasis. En toute circonstance, cette rareté doit être rappelée, et l'analyse clinique doit porter sur toutes les affections que nous avons indiquées; non qu'il y ait à nier le psoriasis palmaire solitaire dont nous croyons avoir donné quelques observations positives, mais force est de reconnaître son extrême rareté, et de rester sur la réserve dans une question dont le dernier mot n'est pas dit.

Chez quelques sujets, la localisation des disques psoriasiques dans les régions génito-anales et inguino-crurales provoque le développement d'épidermites secondaires suintantes et fétides, qui peuvent, momentanément, donner le change pour des plaques syphilitiques; et, sur le gland, sous le prépuce, dans la région vulvo-anale, la localisation étant à elle seule suspecte rend la méprise encore plus facile.

L'examen histologique, tel qu'on pourrait le pratiquer sur des fragments de peau entiers, ne serait pas tout à fait impuissant à rétablir la nature vraie des altérations, mais ici c'est une biopsie qui est urgente; et la possibilité de la pratiquer suffisante ne se rencontrera pas fréquemment. Si, à cela, on ajoute qu'il faut, pour obtenir des résultats concluants, un peu de temps, et une compétence histologique spéciale, on

1. Voy. J. Darier. — Du psoriasis palmaire à propos de trois cas de psoriasis atypique localisé à la main, et, pour la discussion, Brocq. — *Société française de Dermat. et de Syph.*, avril 1896.

comprendra que la difficulté n'est pas tranchée pour ce qui concerne la pratique.

Ce n'est pas encore tout : l'épreuve thérapeutique, ci-devant tout à fait décisive, a perdu de sa valeur depuis que des recherches nouvelles ont montré que le processus psoriasique pouvait être influencé par l'iodure de potassium, et que le mercure lui-même, dans quelques cas, avait agi assez activement sur la congestion épidermodermique, et sur la parakératose du psoriasis, pour faire disparaître la lésion cutanée. Enfin, dans quelques cas rares où les deux processus coexistent sur un même territoire régional, l'épreuve peut rester ambiguë, le traitement mercuriel n'actionnant que la néoplasie syphilitique. Nous en avons dit assez pour montrer la question dans son actualité, et pour que le lecteur soit informé de toutes ses difficultés.

F. — *Psoriasis, séborrhées, lupus, mycodermies.* — Le psoriasis atypique régional, déformé, à la face, par la sécrétion sébacée ou sudorale — psoriasis acnéique, *séborrhéique* — peut être simulé par quelques formes de séborrhée lupique appartenant au lupus de Cazenave ; être informé de la possibilité de cette ambiguïté suffit pour éviter assez aisément l'erreur par l'analyse clinique normale.

Au cuir chevelu, il faut quelquefois faire l'élimination de formes rares de trichophytose, ou de la séborrhée amiantacée, ou même des formes squarreuses du favus ; donc rappel sur tous les points.

IV

Nature du psoriasis. — Prédisposition. — Contagiosité. — Inoculabilité. — Hérédité. — Théories nerveuse, parasitaire, etc.

Rien n'est plus troublant que la recherche des causes et de la nature du psoriasis. Certainement la maladie est *individuelle;* tous les sujets ne semblent pas aptes à la contracter ou à la produire, et ses facteurs sont multiples ; mais, parmi

ceux-ci, quel est l'agent pathogénique absolu, celui sans lequel la maladie n'existerait pas, même chez un individu dont le tégument serait constitutionnellement, c'est-à-dire par constitution originelle, prédisposé?

A. — Hiérarchiquement, ou, si l'on veut, à titre chronologique, apparaît d'abord la prédisposition[1], non pas métaphysique mais matériellement représentée par un état particulier de la peau — par exemple, une parésie constitutionnelle du réseau veineux superficiel plaçant le stratum corné dans un état de nutrition anomale, qui facilite son effraction, et son envahissement, par un élément extrinsèque.

B. — Si l'on pouvait établir d'une manière indiscutable la *contagiosité* ou l'inoculabilité du psoriasis, l'existence d'un facteur extrinsèque de la maladie serait, par le fait même, établie; mais les difficultés de jugement s'accumulent dans les deux questions : pour la contagiosité, quelques faits existent; mais ils ne sont ni assez certains ni en nombre suffisant; et pour les enfants de psoriasiques, aussi bien que pour les enfants de lépreux ou de tuberculeux, *élevés par leurs parents*, et qui deviennent lépreux, tuberculeux ou psoriasiques, la discussion reste ouverte — hérédité de prédisposition, ou transmission conceptionnelle, ou contagion après la naissance?

C. — Mêmes réserves sur la faculté de transmission du psoriasis par *inoculation*, que les expériences sur les animaux sont insuffisantes à établir[2]. Sur l'homme, ou au moins sur

1. La prédisposition d'un individu pour certaines affections déterminées est aujourd'hui acquise; elle se manifeste, de la manière la plus flagrante, à l'égard des maladies de nature bacillaire, telles que la tuberculose, par exemple, dont le bacille n'est viable et actif que chez les individus prédisposés. Dans les maladies de cet ordre, la gravité et l'incurabilité sont extrêmes en raison, non de l'élément extrinsèque, mais du terrain dans lequel il est déposé, et dont il faudrait *changer la nature* pour le stériliser.

2. En ce qui concerne les expériences sur les animaux, voyez Lassar. — *Berlin. klin. Woch.*, 1885, n° 47; Tommasoli. — Sulla Transmiss. d. Ps. nel coniglio, *in Gaz. d. Osp.*, 43, 44, 1886; elles n'éclairent pas, jusqu'à présent, la transmissibilité du psoriasis de l'homme à l'homme. — Cf. Augusto Ducrey. — Sulla voluta contagiosita della Psoriasi. Rich. speriment. present. al XII Congresso med. di Pavia sett., 1887, *in Giorn. ital. d. Malatt. Ven. e d. pelle*, 1887, p. 328, anal. franç. *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, par Siredey, 2e série, t. IX. p. 401, 410, 1888), etc.

des sujets prédisposés par hérédité ou état constitutionnel, nous ne nous croirions pas autorisé à tenter ces expériences. Un honorable confrère a essayé de résoudre la question sur lui-même sans y parvenir — encore que le résultat ait semblé plaider en faveur de l'affirmative — par cette raison que chez un psoriasique en puissance, prédisposé ou réalisé, tous les traumas — pression prolongée, grattage, excoriations de tout ordre, ventouses scarifiées, tatouages, vaccinations, piqûres de sangsues, de moustiques, toxidermies diverses, etc. — peuvent produire un foyer de psoriasis, et devenir le point de départ d'une évolution psoriasique[1].

D. — L'hérédité offre aux recherches sur la vérité de demain une base un peu moins obscure : la prédisposition de tissu, la vascularité ataxique, la vulnérabilité des épithéliums, constituent des attributs propres à des sujets qui forment une majorité parmi les psoriasiques, sujets à mine florissante, « arthritiques », qui ont fait appeler le psoriasis la maladie des robustes. On se rappellera, dans la même série, la fréquente coïncidence de l'obésité et de la glycosurie avec le psoriasis, affirmant, une fois de plus, les relations de la maladie avec l'état constitutionnel, la diathèse, etc.[2]. Quoi qu'il

1. Destot (de Lyon). — Transmission du psoriasis par inoculation. (*Province médicale*, numéro du 8 juin, et *Lyon médical*, n° du 18 août 1889 et ultérieurement la collection du *Lyon médical*. — Boulay. — Nature et trait. du psoriasis, Revue générale, *in Gazette des Hôpitaux*, sept. 1889, p. 1001.

Cf. G. Rioblanc. — Sur un cas de psoriasis vaccinal, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 3e série, 1895, p. 880 et suiv., et voy. plus loin, note 2, p. 296.

2. Maternelle ou paternelle, l'hérédité du psoriasis n'est pas douteuse, mais elle n'est ni constante ni nécessaire; tous les enfants de psoriasiques ne deviennent pas psoriasiques, et, dans une famille, un seul peut être atteint, et les autres indemnes.

Quand cette hérédité s'exerce, son mécanisme n'est certainement pas simple. Elle comporte surtout la transmission, par constitution, d'une disposition matérielle, — prédisposition, — qui met le sujet en mesure de subir l'action d'un agent extérieur. Chez les enfants qui naissent avec cette *prédisposition*, la maladie se développe-t-elle sous l'action d'une transmission due à la vie en commun? C'est là un point que des observations nouvelles, faites dans cette direction d'idées pourront contribuer à éclairer. De toutes manières, et jusqu'à preuve faite, il sera prudent de prendre pour les enfants quelques mesures de protection dirigées de manière à modifier la nutrition de l'épidermoderme, en restituant au réseau veineux la tonicité qui lui fait défaut. Enfin, protection effective contre

en soit, les troubles vasculaires et épithéliaux qui constitueraient, au point de vue de la lésion, l'intermédiaire obligé, l'élément immédiat, ne sauraient être primitifs; pour en avoir une notion moins vague, il faut remonter un peu plus haut dans la conception, et rechercher, par des observations nouvelles, menées dans la direction convenable, ce que l'on peut, aujourd'hui, constater sur la part qui revient, dans la formation des anomalies de tissu, au système nerveux central, aux centres épidermotrophiques.

E. — Les théories nerveuse et névro-toxinique du psoriasis ont pris corps depuis la création, par nos élèves et par nous, d'une forme névrotrophique de psoriasis que, d'après la lésion capitale, nous avons appelée le psoriasis arthropathique, mais qui comprend, en outre, des mélalgies, des myalgies, des névralgies, des dysonychotrophies, etc.[1]. La série symptomatique de ces formes est surtout hyperalgésique et dystrophique; les dysesthésies sont au second rang, bien que l'on rencontre assez souvent, au centre des éléments de psoriasis centrifuge, une analgésie plus ou moins profonde, laquelle, probablement relevée autrefois, et rapprochée de la disposition excentrique du type éruptif, représente peut-être une des causes qui avaient fait dénommer « lèpre » les variétés circinées du psoriasis[2].

Sur le terrain pathogénique, l'étude des relations nerveuses du psoriasis devient positive. Aucun observateur ne peut méconnaître le rôle des chocs matériels ou psychiques, soit dans une première apparition, soit dans le retour des paroxysmes; et, pour contingent que soit le mode pathogénique de ces phéno-

les exfoliations psoriasiques des parents, qui devront eux-mêmes être traitées activement.

1. Voy. Ch. Bourdillon. — Psoriasis et arthropathies, *Thèse de Paris*, 1888. Cf. Brissaud. — Théorie nerveuse du psoriasis, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, n° 9, 1er mars 1889, p. 134, et Coffin. — Étude de la pathogénie du psoriasis, *Ibidem*, n° 32, 12 août 1893, p. 374. Et voy. plus loin, p. 350.

2. Voy. H. Rendu. — Rech. sur les altér. de la sensibilité de la peau, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1re série, t. V, VI, 1873-74. — L. Jacquet et Liefering. — Lésions médullaires dans le psoriasis arthropathique, in *Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et de Syph.*, 9 janvier 1896. — Rebreyend et Lombard. — Psoriasis et zona, *Progrès médical*, 3e série, t. IV, n° 49, p. 429, décembre 1896.

mènes, le fait demeure constant, en attendant que la physiopathologie en soit précisée. On ne saurait davantage méconnaître les relations évidentes que le psoriasis peut affecter avec un territoire nerveux déterminé[1]. Enfin, l'observation poursuivie, au cours de longues années, de psoriasiques suivis jusqu'au terme de leur existence, en nous permettant d'étudier attentivement le développement des formes graves, irritables, malignes, de relever les coïncidences ou les alternances morbides, de voir évoluer les myalgies, les névralgies, les arthropathies, etc., conduit inévitablement à considérer comme certains les rapports du psoriasis avec un état pathologique du système nerveux. Depuis l'avènement de l'époque bactérienne, cet état pathologique ne peut plus être considéré comme essentiel, ni comme *primitif;* il semble devoir être relié aux névrotoxinies[2].

F. — Cependant, sur la nature bactérienne du psoriasis, ou mieux sur le rôle d'une bactérie dans sa production et dans ses incessantes rechutes ou récidives, il est bien difficile de disserter en l'absence de la pièce à conviction, le microbe pathogène. Malgré les travaux considérables poursuivis sur la matière depuis plus de vingt ans[3] jusqu'aux dernières recherches du

1. G. Thibierge. — Un cas de psor. avec local. prédom. sur le territoire du nerf saphène interne gauche, etc. *Bullet. de la Soc. franç. de Dermat. et de Syph.*, Paris, 1893, p. 479. — Cf. Martin Kuznitzky. — Psor. unilat. u. die Theor. ü. Aetiol. d. Psor., *Monat. f. prakt. Dermat.*, XXIII Band. 1896; et Kutznitzky, Köbner, Wolters, Unna, Neisser, Kromayer. — Cong. d. méd. all., Francfort-s.-M., 22 sept. 1896; *Arch. f. Dermat. u. S.*, t. XXVII, p. 266; Anal. franç. p. Doyon, *Ann. de Dermat. et de S.*, Janvier 1897.

2. Voy. Bernay et Piéry. — *Presse médicale*, 1896, pp. 521 à 525.

« 1° Il est encore téméraire, à l'heure actuelle, de se prononcer entre les deux théories nerveuse et parasitaire du psoriasis;

2° La théorie parasitaire semble cependant avoir à son actif un nombre plus considérable d'arguments : elle donne la solution de faits que la théorie nerveuse est impuissante à expliquer;

3° L'agent pathogène du psoriasis ne doit pas être recherché à la surface de la papulo-squame, mais bien plutôt dans le sang des individus affectés;

4° Le psoriasis paraît être, en effet, une infection microbienne générale dont la seule manifestation clinique ordinaire est l'éruption papulo-squameuse plus ou moins généralisée ou limitée aux lieux d'élection; mais qui, dans certains cas, peut se compliquer de douleurs articulaires ou d'une série de symptômes nerveux tenant probablement à l'action sur les nerfs périphériques ou l'axe encéphalo-rachidien de l'agent pathogène lui-même ou des substances toxiques qu'il peut sécréter. »

3. Devergie a dit à propos du « psoriasis herpétiforme » : « Ajoutons que,

maître de Hambourg, rien encore de précis. La *Lepocolla repens* ainsi que l'*épidermophyton* ont vieilli, et le *morocoque* est encore en première instance. Unna, que nous venons d'interroger au moment même où nous écrivons ces lignes, trouve le morocoque dans les cas de psoriasis en évolution progressive, mais en si petite quantité qu'on ne le démontre que dans les *cultures* des squames, ou dans les squames conservées sur gélose pendant vingt-quatre heures, souvent en cultures pures identiques — constatation imprévue — à celles que l'on obtient avec les squames des eczémas très secs. La bactériologie n'est donc pas en mesure d'établir de ligne de démarcation tranchée entre le psoriasis et l'eczéma. Ce qui déterminerait le type psoriasique résiderait dans une condition individuelle, paradoxale, de débilité du réseau capillaire veineux, coïncidant avec une résistance accrue de l'épiderme (Unna).

G. — Alors même que la non-contagiosité du psoriasis serait établie, il ne servirait à rien de l'opposer aux théories bactériennes. Le parasitisme d'une maladie, en effet, n'implique pas nécessairement la contagiosité *de ses lésions;* et la difficulté de trouver une bactérie pathogène est inférieure à celle que présente la recherche de son mode spécial d'implantation ou de transmission. L'état réfractaire de l'individu n'implique que l'absence de la prédisposition, tandis que la pérennité de

dans cette affection, il peut exister le même symptôme que dans l'espèce ordinaire, c'est-à-dire le développement du trichophyton ou champignon », etc. — p. 473, Paris, 1857. Mais c'est à Lang que commence la période scientifique de la question. Voici l'indication des auteurs de la première série : Ed. Lang. — Versuch. u. Beurtheilung d. Schuppenfl. n. i. klin. Charact., *Viert. f. Derm. u. Syph.*, 1878, p. 433; Verl. Mitth. v. e. neuen Untersuchungsergeb. b. Psoriasis, 1879, *ibid.*, p. 250; Ueb. Behandl. der Ps., 1880, *ibid.*, p. 473. Resum. *in Collect.* de Volkmann, Klin. Vortr., n° 208, et Congrès de Copenhague, 1884 — et dans les recherches de Fr. Eklund. — Contr. à l'étude du « *Lepocolla repens* », le champignon élémentaire du Psoriasis, *in Ann. de Dermat., et de Syph.*, 2e série, t. IV, 1883, p. 196; — de A. Wolff. — Zur Ætiologie der Psoriasis, *Viert. f. Derm. u. Syph.*, 1884, et Congrès de Copenhague, anal. franç., *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. V, 1884, p. 697, et t. VI, 1885, p. 305. — Baruchello. — La fase desquamativa maligna della psoriasi, con duo tavole, *Clinica Dermosifilopatica della R. Università di Roma.* Ottobre 1896.

la maladie est conforme à la supposition de sa nature parasitaire. Une fois que les microrganismes ont envahi l'être vivant, qu'ils y ont pris domicile, proliféré et germiné, quelques hécatombes que le traitement mécanique ou chimique en fasse, il en reste toujours assez pour croître, multiplier, et produire les rechutes et les récidives. En termes clairs, le parasitisme du psoriasis est vraisemblable; mais pour la démonstration il manque l'essentiel, la bactérie; et malgré cela, on est bien près d'être à l'unisson avec le savant Neisser, qui, après avoir constaté cette absence de preuves, s'écrie : « Et cependant le psoriasis est une dermatomycose! (et ajoute) : c'est cette notion qui doit en dicter le traitement, et c'est en persévérant dans cette voie qu'on arrivera à faire progresser la science. »

Pratiquement, il sera toujours sage de ne pas traiter l'élément transmissible comme une quantité négligeable, et de poursuivre, chez un psoriasique, le traitement jusqu'à l'extinction complète de toute lésion appréciable, En même temps dans les familles de psoriasiques, nous l'avons déjà dit, il sera de prudence élémentaire d'éviter les contacts inutiles entre parents et enfants, ceux-ci étant suspects de prédisposition constitutionnelle.

Nous aurons terminé l'esquisse de cette partie si intéressante de la question du psoriasis, à laquelle nous ne pouvons, à regret, nous attarder, en appelant l'attention sur la nécessité d'entreprendre des études nouvelles sur l'urologie du psoriasis, sur son hématochimie, non moins que sur son histo-hématologie[1].

1. D'après les recherches de Canon, *Deutsch. med. Wochensch.*, 1892, p. 206, et d'après celles de Leredde faites à notre demande, il existe chez les psoriasiques une augmentation *légère* et non constante, des *éosinophiles*. De rares psoriasiquès offrent une éosinophilie vraiment pathologique, c'est-à-dire de plus de 4 à 5 p. 100 et, dans ces cas, elle peut être due à d'autres causes qu'au psoriasis, particulièrement à divers états pathologiques existant en même temps; cette circonstance devra toujours être précisée dans les recherches de cet ordre.

II

TRAITEMENT INTERNE DU PSORIASIS

I. Indications générales et médications communes. — II. Médications spéciales : Arsenic. Salicylates de soude et de phénol. Tartre stibié. — Digitale. Ergotine. Strychnine. — Copahu. Santal. Goudron, etc. Acide phénique. Phosphore, etc. — Mercure. Iodure de potassium. — Opothérapie.

I

Indications générales et médications communes.

A. — Après avoir été surfait par nos devanciers, dont les ressources thérapeutiques étaient, cependant, beaucoup moindres que celles dont nous disposons aujourd'hui, le traitement interne du psoriasis a été, au delà de la mesure, déprécié par quelques contemporains. Il y a lieu de le remettre en situation précise, au taux de nos connaissances actuelles, et de nos moyens d'action.

B. — Communément, chacun le sait, on guérit une éruption de psoriasis par le seul traitement externe, sans régime et sans médication interne; mais il n'y a pas à contester que, dans beaucoup de cas sinon dans tous, l'hygiène, le régime, une médication interne, ont une action positive sur la marche, la durée, l'intensité, et le retour des paroxysmes éruptifs. Inversement, on peut quelquefois obtenir la délitescence d'une éruption du psoriasis par la seule intervention interne. Mais l'association de la médication externe la plus énergique sera également toujours du plus grand secours, non pas seulement pour hâter la guérison de l'état présent, mais encore pour éloigner, au maximum, les récidives et nous affirmons qu'à toutes les phases du psoriasis, particulièrement au début et dans les paroxysmes, une hygiène générale et un régime appropriés sont de la plus grande importance.

A aucun psoriasique ne conviennent ni l'alimentation car-

née excessive[1], ni les aliments toxiniques, ni les salaisons, ni l'alcool, etc. Que celui qui en doute prenne la peine de traiter deux cas de psoriasis sensiblement égaux, ou deux égales attaques de psoriasis chez un même sujet, l'un sans régime, et avec la diète carnée, l'autre avec une diète végétale absolue, ou à peu près, et il sera rapidement fixé. Même remarque pour deux malades que l'on traitera, l'un par les seuls agents thérapeutiques externes, et sans régime, l'autre chez qui on appliquera, en même temps, la diète et l'hygiène, la médication interne appropriée, et la série opportune des applications externes. Dans une maladie aussi extraordinairement rebelle que le psoriasis, il serait peu logique de priver le patient de la totalité et de l'ensemble coordonné des agents thérapeutiques qui peuvent être associés. En dehors des séries expérimentales nécessaires pour fixer la valeur de l'un de ces agents, ou de l'une de ces médications en particulier, l'éclectisme thérapeutique est de règle.

C. — Tous les psoriasiques assurément, toutes les races de psoriasiques, n'ont pas égalité devant les réactions alimentaires médicamenteuses ou autres; mais, il n'y a de différence

1. Dans une étude dermatothérapique remarquable, L. Duncan Bulkley (Clinical notes on Psoriasis with especial reference to its prognosis and treatment, *Transactions of the Medical Society of the State of New-York*, 1896), après avoir montré qu'il faut traiter le psoriasis en médecin et non en empirique, établit avec Garrod et Thomas Watson le rôle de la diathèse acide, insiste sur les résultats fâcheux de l'abus d'une nourriture animale, et sur l'heureuse action du régime végétarien.

« Excessive meat-eating will also increase the disease, which, however, will frequently improve with much greater rapidity, under the same treatment as before, when the quantity of meat taken is greatly lessened, or when it is entirely cut off. I have a considerable number of psoriatic patients who have taken no meat, or only a very little fish and white meat of poultry, with the result of being free from the eruption for a long period of time. Fatty matter however, if properly digested, will aid in removing the diseased state.

Cf. un travail important de James C. White, intitulé : *What Effect do Diet and Alcohol have upon the Causation and Course of the Eczematous Affections and Psoriasis*, suivi d'une discussion à laquelle ont pris part Fordyce, Jackson, Duhring, Dyer, Morrow, Allen, Robinson. — American Dermatological Association, Twentieth annual Meeting, held at Hot Springs, Virginia, September. 8, 9, and 10, 1896, *in Journal of cut. and gen. ur. Diseases*, Vol. XIV, november 1896.

que dans le degré ; quelques exceptions, ou quelques faits extraordinaires, ne changent rien à la règle générale. Dans tous les pays, le maximum de réaction appartient à ceux chez qui le régime et les toxiques divers influencent la circulation cutanée en général, particulièrement à ceux que nous continuons, en dépit des discussions de mots, à appeler les arthritiques, c'est-à-dire les diathésiques congestifs à épithéliums et à endothéliums fragiles, et à émonctoires insuffisants.

D. — A tous les psoriasiques s'appliquent les principes de thérapeutique générale que nous avons exposés à propos des eczémateux (voy. pp. 98 à 102); chez tous, on devra déterminer, individuellement, l'état diathésique, le bilan pathologique passé et présent, le *coefficient nerveux,* les tares urinaires, etc., pour puiser aux sources normales les indications de la thérapeutique, de la diététique, et de l'hygiène *propres à chaque psoriasique en particulier*. C'est dire que, pour traiter au mieux les psoriasiques, il ne suffit pas d'avoir une connaissance exacte de la thérapeutique spéciale, et la pratique des agents de la médication locale, mais qu'il faut rester médecin, et diriger non pas seulement la cure externe des psoriasiques, mais encore tout ce qui concerne la santé générale et l'hygiène de chacun d'eux. Répétons en particulier que l'analyse urinaire est de rigueur, non simplement pour la recherche banale du sucre et de l'albumine, mais pour préciser les tares urinaires et pour dresser les *coefficients;* l'ataxie urinaire est commune dans le psoriasis, hyperazoturie, et hypoazoturie, etc., particulièrement dans les phases d'activité des lésions.

E. — La diathèse congestive, très fréquente dans le psoriasis constitutionnel, réclame la série alcaline et lithinée, les agents éliminateurs; beaucoup de malades sont justiciables de *Vichy* et de *Karlsbad*, etc., *Vittel*, *Evian*, *Contrexéville*, etc.

F. — Dans tous les pays et chez tous les sujets, le régime général, et la diète lactée, qui conviennent aux dermatites généralisées, s'appliquent aux phases aiguës du psoriasis exanthématique, et à toutes les érythrodermatites psoria-

siques localisées ou généralisées qui s'accompagnent d'élévation de la température et de réaction fébrile.

G. — La part incontestable qui revient au système nerveux dans le processus psoriasique, les phénomènes névropathiques observés chez beaucoup d'entre eux, indiquent fréquemment l'usage de la valériane, du bromure de potassium, etc., qui peuvent être donnés isolément, ou associés à d'autres médications. Sauf chez quelques sujets à intolérance spéciale, les bromures sont bien supportés par les psoriasiques.

II

Médications spéciales.

Arsenic. — Salicylates de soude et de phénol. — Tartre stibié, digitale, ergotine, strychnine. — Copahu, santal, goudron, phénol, phosphore. — Mercure, iodure de potassium. — Opothérapie.

A. — ARSENIC

1° Plus encore peut-être que les eczémateux, les psoriasiques sont inégaux devant l'arsenic, et, ainsi que nous l'avons écrit il y a longtemps, le traitement du psoriasis par l'arsenic n'*est pas* ce que plusieurs de nos prédécesseurs enseignaient. Les exagérations de quelques maîtres[1] sur ce point ont eu pour

1. Il n'est que juste de déclarer que ces exagérations sont seulement à la charge de *quelques-uns* : Devergie, en particulier, a donné des indications d'une précision remarquable : « Toutes les médications internes qui agissent sur le psoriasis, dit-il (*Traité* cité, p. 479), portent une certaine atteinte à la santé générale du sujet, d'où la nécessité de ne les administrer que si la constitution du sujet, l'état de ses organes, peuvent le permettre :

« Lorsque les préparations arsenicales ont été employées à une dose suffisante et pendant un temps assez long pour consolider une guérison de psoriasis obtenue par ce moyen, et que le psoriasis a été suivi de récidive à une époque assez rapprochée, il est inutile de revenir à l'emploi de ces préparations. Il est fort douteux que l'on puisse guérir, à toujours, un malade d'un psoriasis qui a eu des récidives nombreuses, quoique les préparations arsenicales n'aient pas été employées pour obtenir la guérison. Tout psoriasis invétéré doit exclure l'emploi des préparations arsenicales. La condition essentielle de l'usage de ces préparations, c'est un bon estomac, de bons intestins, une bonne poitrine. Il est rare qu'un individu disposé à la diarrhée, ou habitué à des garde-robes fréquentes, supporte des doses d'arsenic suffisantes, et pendant un temps assez

conséquence d'induire en erreur une grande partie de la génération médicale actuelle, qui administre l'arsenic comme une panacée, non seulement dans le traitement du psoriasis, mais encore dans la presque totalité des affections cutanées. Il n'y a pas de plus grande erreur médicale.

2° Pour ce qui est du psoriasis en particulier, allez à l'hôpital Saint-Louis, interrogez les vieux psoriasiques qui, depuis un nombre d'années souvent très grand, reviennent périodiquement, tous les cinq ou six mois, prendre leurs quartiers dans nos salles, et faites une enquête sur les traitements auxquels ils ont été soumis ; presque tous, des années durant, ont été traités par l'arsenic[1].

long pour obtenir une guérison durable et même une disparition complète de son affection par ce moyen. Il faut craindre d'employer l'arsenic chez les sujets atteints d'affections catarrhales chroniques de la poitrine, ou d'asthme, et, à plus forte raison, s'il s'agit d'un jeune sujet à poitrine étroite et à membres grêles, où l'on ait à supposer la possibilité d'un développement de tubercules Il est, au contraire, des individus qui supportent parfaitement l'arsenic; les femmes nous semblent, sous ce rapport, avoir un avantage marqué sur les hommes. »

1. D'après les observations multipliées de Vidal, de Brocq, et d'après les nôtres, la dose maxima de la tolérance des psoriasiques pour l'arsenic (arseniate de soude) est de 3 à 4 centigrammes par vingt-quatre heures ; une tolérance plus élevée ne saurait être qu'exceptionnelle, et demanderait, pour être prouvée, des observations *tout à fait précises*, et dans lesquelles toutes les précautions auraient été prises pour rendre impossible une erreur d'interprétation quelconque. Les faits sur lesquels est basée notre affirmation présentent ces garanties, ils ont été relevés chez des sujets hospitalisés, à qui le médicament était administré à doses rigoureusement comptées. Jamais, nous le répétons, aucun de nos psoriasiques n'a pu supporter cette dose au delà d'une ou deux semaines sans présenter des signes trop évidents de cachexie arsenicale ; nous parlons des psoriasiques, et des sujets de ce pays.

Dans des recherches préliminaires d'un grand intérêt sur quelques préparations arsenicales et sur leur emploi en dermatologie (*Bulletin de la Société française de Dermatologie*, n° 81, p. 415, 11 juin 1896), notre savant collègue et ami Danlos a cherché à tourner la difficulté de *saturer* l'organisme d'arsenic, sans accidents, à l'aide d'autres formes pharmaceutiques, en employant des agents *moins irritants et moins toxiques* que l'acide arsénieux et l'arséniate de soude. Les premières préparations auxquelles il s'est adressé sont : *a*) l'arsenic métalloïdique, *b*) le sulfure d'arsenic, *c*) l'acide cacodylique ou acide arsénique diméthylé. Ce dernier médicament a été administré par voie gastrique et par injections sous-cutanées. Il est tout à fait indispensable que les médecins qui voudraient répéter ces médications se reportent au texte même de l'auteur. Les premiers essais de Danlos sont très intéressants ; mais il faut, en une matière aussi délicate, un peu plus de temps pour juger de la valeur curative ; il faut, surtout, que les malades ne soient soumis, pendant la durée des traitements

Cela ne veut pas dire que le psoriasis ne soit jamais actionné par l'arsenic, ni que, sous l'action de doses suffisantes, il ne puisse subir une délitescence analogue à celle que produisent sur son évolution toutes les altérations graves de la nutrition, et que nous verrons, tout à l'heure, naître quelquefois, au même titre, des médications mercurielle iodo-potassique et thyroïdienne. Cela veut dire que les psoriasiques *bons pour l'arsenic* — ceux qui supportent les doses élevées et prolongées, — ne sont pas en majorité ; que, chez certains, l'arsenicisme le plus extrême n'éteint pas le psoriasis[1] ; que chez ceux qui supportent les médications intensives, il en est peu qui en retirent une guérison réelle ; et, en définitive, que l'on serait fort dépourvu si l'on n'avait, pour traiter le psoriasis, que la seule médication arsenicale.

3° L'indication de l'arsenic dans le psoriasis est régulièrement individuelle, contingente, épisodique :

a) *Individuelle.* — Son emploi suffisant pour agir *à lui seul*, c'est-à-dire intensif et prolongé, implique toujours la tolérance du médicament par le malade, tolérance cutanée[2], gastro-

nouveaux, à aucune médication externe, et que des observations précises et complètes soient recueillies avec grand soin.

Enfin dans l'appréciation totale, il sera nécessaire de déterminer l'action de la médication, non seulement sur une éruption de psoriasis, mais sur les récidives, c'est-à-dire sur la maladie proprement dite.

1. Nous avons présenté bien des fois, et jusque dans ces derniers temps, dans nos cliniques, un homme psoriasique que nous avions, autrefois, sur sa demande, mené aux plus extrêmes limites de la cachexie arsenicale. Aussitôt la médication suspendue et la santé générale se rétablissant, le psoriasis redevenait floride. Le pauvre malade présente aujourd'hui une des formes les plus cruelles de l'*infection psoriasique :* psoriasis arthropathique, avec abolition des réflexes tendineux, et ankyloses en voie de généralisation.

2. Chez quelques sujets (voy. plus haut, p. 113 et suiv.), l'arsenic provoque diverses lésions cutanées : kératoses, simples ou psoriasiques, folliculites, etc. ; et, chez un psoriasique en puissance ayant l'intolérance idiosyncrasique, il semble pouvoir provoquer une poussée psoriasique, et cela assez fréquemment. Quelques mois après sa première présentation à la Société des Sciences médicales de Lyon, le docteur D..., qui s'était « inoculé » le psoriasis, « vint de nouveau se montrer à la même Société. Guéri de la poussée qui avait suivi son expérience, il avait voulu se rendre compte de l'action de l'arsenic ; il s'était soumis à l'ingestion de ce médicament, et il avait vu, *sous son influence*, se développer une *éruption psoriasiforme*, en tout semblable à celle qu'il avait présentée à la suite de son

intestinale[1], cardiaque, etc.; or, dans chacune de ces séries, les psoriasiques intolérants sont nombreux. *b*) *Contingente.* — Même chez les tolérants, le psoriasis n'est pas nécessairement actionné par l'arsenic, soit comme lésion, soit comme maladie; il peut l'être, ou ne le pas être[2]. *c*) *Épisodique.* — Dans le cours d'une affection qui, d'ordinaire, accompagne le malade sa vie durant, ou une grande partie de sa vie, la médication arsenicale est bien rarement principale; presque toujours elle est incidente, remplissant une indication partielle, momentanée, adjuvante, complémentaire, dans le décours cyclique, par exemple, à titre kératoplastique.

4° Contre-indication ordinaire dans l'arthritisme floride, la « peau congestive », le « cœur irritable », le mauvais état de l'estomac ou de l'intestin, l'intolérance *de la peau* pour l'arsenic.

5° Les formes médicamenteuses, les formules, les doses de la médication arsenicale applicables au psoriasis sont les mêmes que celles dont nous avons donné l'exposé en traitant de l'eczéma. (Voy. plus haut, pp. 114 à 117.)

6° Aussi bien à la station qu'à distance, l'eau arsenicale de *la Bourboule* peut être utilisée, selon les tolérances individuelles, pure ou mieux, chez les sujets qui supportent le lait, mélangée à du lait chaud sucré; quelques-uns préfèrent la prendre aux repas, mélangée avec le vin, à doses limitées bien

inoculation. » G. Rioblanc. — Sur un cas de psoriasis vaccinal. Voy. plus haut, p. 286).

1. On pourrait, dans une certaine mesure, et dans certains cas, éluder cette difficulté par l'emploi des injections hypodermiques, de solution arsenicale (voy. plus haut, p. 117); mais, la même action irritante sur le tube digestif se produit chez quelques sujets, comme se produit, assez souvent, l'action purgative du calomel injecté sous la peau. D'autre part, la nécessité de répéter pendan longtemps, et tous les jours, les injections d'arsenic arrive, en fait, à ce résultat que la méthode reste peu appliquée en pratique générale. En outre, si elle est applicable à la guérison d'une éruption de psoriasis; elle ne l'est pas indéfiniment à une maladie sans cesse récidivante.

2. La valeur prophylactique proprement dite de l'arsenic est problématique à titre isolé; mais il semble que, pour un certain nombre de cas au moins, la médication arsenicale, associée à la médication topique, rende la série curative plus complète, et, par là, l'intermission plus prolongée.

entendu. A la Bourboule, on débute par l'eau de la source Choussy-Perrière à la dose d'un verre par jour pour atteindre successivement la dose maxima de trois verres, que l'on maintient pendant huit jours, si l'estomac le permet, pour revenir graduellement à un verre à la fin de la cure thermale. La tolérance est obtenue par le fractionnement des doses et le moment de l'ingestion ; l'eau est bue en deux ou trois fois, très peu de temps avant les repas.

B. — SALICYLATES DE SOUDE ET DE PHÉNOL

1° Nous n'avons pas constaté la valeur antipsoriasique attribuée par quelques auteurs au *salicylate de soude*, et nous dirons plus loin que son action sur les arthropathies du psoriasis nous a toujours semblé nulle, ou douteuse. Cela dit, le salicylate de soude, comme le bicarbonate de soude, peut trouver des indications chez les arthritiques, qui sont nombreux parmi les malades atteints de psoriasis, à titre d'agent des médications communes.

2° Le *salicylate de phénol* (salol) a été recommandé par Quinquaud, à la dose de 2 à 6 grammes par vingt-quatre heures, pour modérer le processus cutané dans les cas de psoriasis irritable, de psoriasis aigu, ou de psoriasis irrité.

C. — TARTRE STIBIÉ

1° Devergie employait le *tartre stibié* dans le psoriasis rebelle à la médication arsenicale, chez des sujets forts, bien constitués, exempts d'affection intestinale, ou de susceptibilité du tube digestif[1] ; mais il reconnaît que la méthode antimo-

1. « Tous les matins, dit Devergie (*Traité* cité, p. 140), le malade prend 25 milligrammes de tartre stibié avec 2 grammes de crème de tartre entre deux confitures, en même temps qu'il boit un peu d'eau. Cette médication provoque souvent, les premiers jours, quelques nausées; mais la tolérance s'établit en général assez promptement, en ce sens que les vomissements cessent ; cependant il est rare que le malade n'ait pas une ou deux garde-robes par jour, ce qui prouve que le médicament est peu absorbé. On donne cette préparation aussi

niale « réussit peu »; et il n'a pas eu d'imitateurs. Les sujets chez lesquels on pourrait l'appliquer, dans les conditions où il la mettait en pratique, sont d'ailleurs assez rares; et, seuls, quelques psoriasiques florides, à peau irritable, ne supportant par les médications externes actives, et maléficiant de l'arsenic à l'intérieur, ou atteints d'érythrodermatite — psoriasis érythrodermatisé — pourraient en présenter l'indication.

2° Malcolm Morris[1], déclare l'antimoine *très utile* dans les formes *aiguës* de psoriasis, pour les cas où les symptômes subjectifs sont très prononcés; il emploie le *vin d'antimoine*, à la dose de V à X minimes, trois fois par jour. Ce serait certainement le procédé de choix, le plus facile à régler et à approprier à l'état individuel, celui qui conviendrait aux cas que nous avons spécifiés. — Pour l'application de la médication antimoniale, pharmacologie, doses, et mode d'emploi, voy. plus haut, pp. 104 à 105.

En somme, médication d'exception, à conserver dans le cadre thérapeutique, pour certains cas particuliers, bien précisés, de psoriasis exanthématique compliqué, aigu, irritable, et pour certaines érythrodermatites psoriasiques.

D. — DIGITALE. — ERGOTINE. — STRYCHNINE

Théoriquement, la digitale, l'ergotine, la strychnine, sont de nature à agir sur les angiectasies ou angioparésies qui font partie intégrante de l'état de psoriasis, et y prédisposent les sujets qui les présentent soit constitutionnellement, soit accidentellement par action localisée, ou par choc nerveux général.

La *digitale* n'est à utiliser que sur indication précisée de l'état circulatoire, ou pour rectifier quelque trouble cardio-vasculaire constitué.

longtemps que l'arsenic, c'est-à-dire pendant deux ou trois mois, et quelquefois, elle guérit quand l'arsenic a été impuissant. »

1. Malcolm Morris. — *Diseases of the Skin*, 1893, p. 283.

L'*ergotine* dans son action sur l'élément vasculaire du psoriasis, répond peu aux suggestions de la théorie.

La *strychnine*, dont les indications communes sont très nombreuses, s'adapte mieux au complexus thérapeutique d'un certain nombre de cas de psoriasis, et s'associe assez bien à une médication arsenicale moyenne.

D. — GOUDRON. — COPAHU. — ACIDE PHÉNIQUE. — PHOSPHORE, ETC.

Tous ces médicaments, portés aux doses suffisantes, actionnent le psoriasis dans une certaine mesure ; nous les avons, tous, étudiés dans les conditions nécessaires pour pouvoir dire qu'ils ne représentent que des agents d'exception, applicables seulement à certains cas déterminés, chez des sujets pourvus d'un tube digestif modèle, et de reins impeccables.

Pour le *phosphore*, en particulier, nous avons rapidement interrompu la série d'enquête, en raison d'accidents sérieux — cystite intense dans un cas, érythème bulleux dans un second, sans bénéfice apparent pour le psoriasis.

E. — MERCURE

1° La confusion facile entre le psoriasis et diverses syphiliodermies a fait, à plusieurs reprises, dans le passé, supposer que le *mercure* guérissait le psoriasis ; toutefois, la fréquence des insuccès — les cas de psoriasis vrai étant très communs — n'a jamais permis à cet agent médicamenteux de prendre rang dans la thérapeutique usuelle du psoriasis. Il n'avait pas pu échapper, d'autre part, aux observateurs que les psoriasiques *devenus* syphilitiques, et guéris des accidents syphilitiques par le mercure, restaient psoriasiques comme devant, et même, assez communément, le devenaient davantage. On voyait enfin, si fréquemment, soit un psoriasis de première

apparition, soit des poussées chez un ancien psoriasique, succéder, sur place, aux syphiliodermies réduites par le mercure, qu'il ne venait à personne l'idée de traiter le psoriasis par le mercure, et que Bazin avait été amené à dire, ontologiquement, que « la syphilis *éveille* la dartre ». Il faut ajouter que, même aux pays où le psoriasis a été considéré comme une hérédo-syphilose ou une parasyphylose — ce qui est une erreur de fond — la mercurialisation des sujets atteints n'a jamais été instituée systématiquement, et surtout qu'elle n'a jamais été appliquée aux doses auxquelles il faut savoir mener l'imprégnation hydrargyrique pour juger réellement son action positive[1].

2° Mais, si l'on élève, chez un psoriasique, les doses internes de mercure soluble, — liqueur de van Swieten, de préférence — à la limite de la tolérance de la bouche, des gencives et du tube digestif, en prenant toutes les mesures nécessaires; ou bien si l'on emploie les injections de mercure insoluble, aux doses où elles agissent sûrement sur les syphiliodermes rebelles, on voit manifestement, chez quelques sujets, le processus psoriasique s'enrayer, et parfois les éléments éruptifs disparaître complètement sur toute la surface du corps. Cela est acquis. Cependant, les cas restent nombreux où le traitement ne peut être mené aux doses nécessaires, ou bien dans lesquels, élevé à ces doses, il échoue complètement. Dans les cas, enfin, où il réussit, et dont on

1. On ne peut comprendre dans la mercurialisation pure le traitement du psoriasis par la *liqueur de Donovan*, — mercure, arsenic, iode, — préparation *mixte* au plus haut degré.

La formule de Donovan était : Arsenic, 0,08; mercure, 14,82; iode, 47 et alcool Q.s.; eau distillée, 226. Elle a été modifiée par Ferrari, et la seule préparation usitée aujourd'hui porte le nom de liqueur de Donovan-Ferrari. En voici la formule :

℞ Iodure d'arsenic.	0gr,20
Eau distillée	120 grammes.
Biiodure de mercure.	0gr,40
Iodure de potassium.	4 grammes.

Dissolvez.

Dose de IV à C gouttes, en dilution dans la quantité de véhicule nécessaire.

peut observer l'évolution assez longtemps, la récidive est la règle[1].

3° Sur l'état général des psoriasiques soumis aux injec-

1. Aussitôt après la première publication de J. Brault — Deux cas de psoriasis traités par les injections mercurielles; *Bullet. de la Soc. franç. de Dermat. et de Syph.*, juillet 1895, p. 332) — J. Darier, nous-même, et notre interne distingué Bize, dans notre service de l'hôpital Saint-Louis, avons mis à l'enquête la mercurialisation hypodermique, en nous servant d'abord de l'oxyde jaune de mercure que Brault avait employé dans la première série de son expérimentation.

Les règles générales de la mercurialisation intensive, et du procédé hypodermique d'administration du mercure, aujourd'hui, à peu près généralement connues, doivent être appliquées avec la plus grande sévérité chez les psoriasiques, que leur tare névro-vasculaire constitutionnelle rend particulièrement impressionnables : — muscle fessier; aiguille isolée, d'abord introduite; liquide propulsé *très lentement*; précautions aseptiques rigoureuses. Dosage progressif (calomel 0gr,025 milligr. à 0gr,05) une fois la semaine; plus souvent, ou à dose plus élevée seulement sur indication précise et motivée.

Douleur consécutive le plus habituellement pendant les quatre ou cinq jours qui suivent, rarement tout à fait absente. D'une manière générale, les injections d'oxyde jaune sont moins douloureuses que les injections de calomel; mais la douleur est plus précoce. Rien d'absolu : chez un même malade soumis tantôt aux injections de calomel, tantôt aux injections d'oxyde jaune, l'intensité des plaintes n'a pas toujours été en rapport avec la nature de l'injection. Les tuméfactions diffuses de la fesse, les nodosités, ont été, à peu près, les mêmes qu'avec les injections de calomel; mais, dans aucun cas, la nodosité n'a subi de ramollissement central, même quand elle était superficielle et violacée. L'impotence, l'incapacité de travail sont moindres avec l'oxyde jaune qu'avec le calomel.

De règle absolue, avant toute mercurialisation intensive, la dentition doit être mise en état par les soins du dentiste, et ensuite entretenue par deux savonnages quotidiens des dents et des gencives, à la brosse, à l'aide du savon chloraté et salolé (formule de F. Vigier). A l'aide de ces très simples moyens, et sans autre médicamentation, nous n'avons pas eu de stomatites.

De règle, les injections doivent être pratiquées le malade étant étendu sur un lit, sous peine de s'exposer à avoir, chez quelques sujets, des accidents syncopaux.

L'examen des urines, préalable, ne soustrait pas à l'obligation de continuer la surveillance. Un malade sur dix environ présente, au cours du traitement, une albuminurie passagère, souvent, mais non toujours, le plus habituellement, légère, et facilement réduite par le régime lacté. Cependant, tout n'est pas dit immédiatement, et, même sans nouvelle mercurialisation hypodermique ou autre, l'albuminurie peut reparaître à bref délai. Un de nos malades, guéri, par le régime lacté, de l'albuminurie post-mercurielle, a eu, après sa sortie de l'hôpital, un vertige urémique avec chute dans la rue; transporté à l'hôpital, il a été, une seconde fois, libéré par le régime lacté. La surveillance doit être constante, car l'albuminurie peut apparaître à toutes les périodes du traitement, et chez quelques sujets s'installer à demeure. On peut, en outre, avec ou sans albuminurie, observer des vertiges parfois avec chute, contusion, etc. Chez quelques sujets, céphalée, syncope immédiatement après l'injection que celle-ci soit la première, ou qu'il y en ait eu antérieurement une ou plusieurs — à la dixième injection chez un de nos malades.

tions sous-cutanées, l'action du mercure est variable; chez la majorité des malades hospitalisés, et par conséquent en plein repos, avec de longues nuits, une alimentation bonne, la première phase est encourageante; la santé paraît florissante, et le poids augmente. Mais à partir de la quatrième semaine, des phénomènes d'anémie apparaissent chez beaucoup d'entre eux; les malades pâlissent et semblent fatigués. Plusieurs fois, le bénéfice sur l'éruption étant médiocre, ou nul, nous avons cru devoir ne pas mener la médication plus loin.

Quand une action favorable se produit manifeste, elle est le plus souvent rapide, et la délitescence évolue exactement comme elle le fait chez un sujet psoriasique qui arrive à la période infectieuse d'un carcinome viscéral par exemple. La régression apparaît d'abord dans le réseau vasculaire; la surface rouge sous-squameuse et le halo érythémateux subissent une décoloration plus ou moins rapide; puis, la multiplication pathologique des zones épithéliales stratifiées cesse, en même temps que les couches les plus superficielles se désagrègent, et tombent, laissant à la surface des plaques un état dyskératosique amorphe, un surtout plâtreux. En dernier lieu, la kératinisation se rétablit dans le type normal, et il ne reste plus qu'une *macule* érythémateuse, ou pigmentaire, selon l'ancienneté de l'élément psoriasique, et le coefficient chromatogène normal ou pathologique du sujet.

4° De même que dans la syphilis, l'action du mercure s'applique particulièrement aux *lésions* psoriasiques, sans éteindre le processus proprement dit. Même dans les cas favorables où l'anémie et l'athrepsie mercurielles envahissent plus ou moins rapidement les plaques anciennes, il n'est pas rare de voir, en différents points du corps, se manifester des éléments psoriasiques neufs, soit à la périphérie des anciens éléments, soit sur d'autres points du corps. Toutefois, bien que présageant les rechutes et les récidives, ce phénomène, *s'il reste dans des limites modérées*, ne doit pas être interprété immédiatement dans le sens d'un insuccès; il indique, d'abord, la

nécessité d'élever les doses; assez souvent, ces éruptions de la dernière heure guérissent par le traitement externe.

5° Mais, les malades chez qui l'on observe les phénomènes de régression élémentaire que nous venons d'esquisser ne forment pas une majorité. Pour quelques-uns des hospitalisés, au moment de la période d'anémiation générale, à la faveur du repos, et du séjour au lit prolongé, les placards s'atténuent, et les zones érythémateuses pâlissent dans la mesure où on l'observe quelquefois sous la seule influence du long séjour au lit, de l'hygiène de l'hôpital chez des sujets dont la vie ordinaire est laborieuse, dure, ou excessive. Chez d'autres, qui semblaient d'abord avoir réellement bénéficié du traitement, ou qui avaient toléré des doses élevées, on ne tarde pas à voir se produire des poussées subintrantes plus ou moins intenses.

6° Ce n'est pas tout; si, au moins, les malades guéris *de l'éruption* au cours du traitement mercuriel hypodermique, étaient guéris *de la maladie*, on serait autorisé à insister, à prolonger le traitement, ou à élever encore les doses, tant serait merveilleux un mode de traitement qui, en même temps que l'*éruption* actuelle, guérirait le psoriasis, *la maladie!* Mais non — il faut le redire. Comme dans la syphilis, le mercure n'a d'action dans le psoriasis que sur les éléments actuels, et non sur leur reproduction. Les deux premiers malades de Brault, dont l'éruption psoriasique avait si admirablement cédé aux injections d'oxyde jaune, ont, tous les deux éprouvé une récidive; pour le premier des deux, celui qui présentait la forme la plus intense, la récidive s'est produite au bout de cinq mois; le second malade, après avoir été libéré du psoriasis pendant un an, a eu, à son tour, une récidive[1].

1. Voici le texte de la dernière publication de Brault sur la matière (*Soc. franç. de Derm. et de Syph.*, 9 juillet 1896, p. 493).

« Dans la séance du 11 juillet 1895, j'avais l'honneur de communiquer à la Société l'observation de deux psoriasiques traités par les injections d'oxyde jaune, à l'exclusion de toute autre médication.

Chez mes deux malades, dès la troisième injection, il y avait eu desquamation

7° En résumé, le mercure à dose intensive peut, chez quelques sujets, produire la délitescence du psoriasis. Même dans les cas où cette délitescence est complète, après un temps plus ou moins long, la récidive est la règle; elle a été la règle chez nos malades de ville dont nous avons pu suivre la séquelle avec les garanties nécessaires. Il faut un peu plus de temps pour déterminer le quantum, et pour faire le pourcentage, des cas de guérison prolongée ou définitive — si l'avenir établit que ces cas existent réellement, ou si le perfectionnement des procédés de mercurialisation en augmente le nombre. Quoi qu'il en puisse être, l'action du mercure sur l'éruption psoriasique est digne de remarque, et il y a lieu de continuer l'enquête à l'aide d'observations précises et suivies.

8° En ce qui concerne l'interprétation, on se rappellera que l'on doit; dans les séries expérimentales, éviter de faire entrer les cas douteux et particulièrement les affections *psoriasiformes* ambiguës. On n'oubliera pas que les faits *isolés* n'ont qu'une valeur relative — le psoriasis, affection organiquement chronique et oscillante, subissant des élévations et des affaissements spontanés, ou dérivés de conditions diverses, intrinsèques ou extrinsèques qu'il faut rechercher avec soin[1].

et effacement très marqué des placards éruptifs. En prolongeant le traitement j'étais même arrivé à une guérison qui paraissait être complète.

« Devait-elle être durable? — A la fin de ma communication, j'émettais de forts doutes, je prévoyais la récidive, comme avec tous les autres traitements désormais classiques, et, je ne voyais là qu'un moyen énergique pour « blanchir » les psoriasis.

« Mes prévisions étaient malheureusement justes, et, afin de dissiper toute équivoque, je tiens à donner aujourd'hui les résultats éloignés.

« L'un de mes malades, le premier, le plus atteint, a récidivé au bout de cinq mois, l'autre, au bout d'un an environ.

« Ainsi que je l'indiquais dans une note, je suis passé ensuite au traitement mixte, et, chez un troisième sujet, également atteint de psoriasis typique, j'ai à la fois pratiqué des injections d'oxyde jaune et donné de l'iodure de potassium. » Cf. A. Bertarelli. — Traitement du psoriasis par les injections de calomel, *Bullet. de la Soc. franç. de Dermat.*, etc., 12 nov. 1896 et *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1896, p. 1320.

1. Nous ne saurions trop recommander aux observateurs de surveiller, et de faire surveiller, très étroitement, à tous les points de vue, les malades en traitement; et. en particulier, de s'assurer qu'ils n'emploient pas concurremment

Au cours de notre série expérimentale, nous avions obtenu d'un psoriasique invétéré de la pratique civile qu'il entrât à l'hôpital pour être soumis aux injections mercurielles. Pendant les jours *d'observation* préalable — que l'expérimentateur fera toujours sagement de réserver — sous l'action de simples onctions d'axonge fraîche, du repos au lit, et peut être de l'impression vive éprouvée, une délitescence psoriasique complète s'est opérée avec rapidité. Si nous avions commencé les injections le jour de l'entrée du malade, son cas eût été le plus merveilleux de la série.

9° Au lieu de se borner exclusivement aux injections, si l'on emploie *simultanément* les procédés externes de traitement du psoriasis, l'action des deux interventions semble quelquefois se multiplier, et réaliser une *cure rapide* du psoriasis.

10° Les douleurs locales consécutives aux injections de calomel, plus ou moins fortes mais à peu près inévitables, et les autres accidents plus rares qui peuvent survenir, doivent faire rechercher si la mercurialisation interne n'aurait pas, comme nos observations nous portent à l'admettre, une action équivalente, à la condition de porter les doses au taux de la tolérance individuelle[1].

d'autres médications internes ou externes. A l'hôpital même, il ne faut pas se départir, un seul jour, de la surveillance si l'on veut avoir quelque certitude. Chez aucun des malades que nous avons traités en dehors de l'hôpital par la méthode mercurielle, nous n'avons obtenu la suppression de toute autre médication : l'un de nos clients s'est soumis, en même temps qu'aux injections, à la diète végétarienne absolue; d'autres ont, après une à trois semaines, *appuyé* la médication hydrargyrique par des applications locales chrysophaniques, etc., etc.

1. Dans les cas de syphilose où une contre-indication locale ne permet pas d'avoir recours aux injections, par exemple chez les sujets qui ne peuvent tolérer la douleur consécutive, l'usage interne du sublimé, *à doses fractionnées*, prises en dehors des repas, dans du lait, ou dans de l'eau sucrée, et menées au point de tolérance, réalise des résultats presque aussi rapides que ceux que l'on obtient avec les injections sous-cutanées. Nous en possédons aujourd'hui une série d'observations, dont une des plus remarquables sur un malade traité sur les indications données par Brocq.

F. — IODURE DE POTASSIUM

1° Il y a déjà longtemps que l'on avait signalé une action de l'iodure de potassium sur le psoriasis; mais, n'ayant jamais vu qu'un sujet, présentant en même temps le psoriasis *vrai* et des syphiliodermes ou des syphiloses viscérales, ait été *guéri* du psoriasis par les doses d'iodure qui réduisaient les syphilomatoses, nous avions pensé que les expérimentateurs s'étaient fait illusion. Cependant, quand un dermatologiste aussi expérimenté que le professeur Haslund[1] eut affirmé que l'iodure de potassium, administré par lui à des doses que nous n'avions jamais employées, de 10 à 40 grammes par vingt-quatre heures actionnait positivement le psoriasis, il ne nous restait qu'à reprendre l'enquête.

2° Sur les *doses*, nous devons dire, d'abord, que pour les sujets de notre race, et dans notre climat, nous n'avons pas pu dépasser 30 grammes par vingt-quatre heures. Entre 7 et 10 grammes, les plaintes commencent, et plusieurs des hospitalisés accusent de l'anorexie, de la diarrhée, etc., etc.; on atteint cependant le plus souvent la dose de 10 grammes et dans la pratique de la ville, chez les sujets très désireux de guérir, 12 grammes.

3° A partir de 6 à 12 grammes par 24 heures, chez un certain nombre de sujets, l'iodure de potassium, administré seul, actionne l'élément psoriasique à peu près à la manière de l'arsenic et du suc thyroïdien donnés à dose altérante, et moins souvent, ou avec moins d'énergie, que le mercure. Mais si, à la cure iodo-potassique menée à ces doses, on *associe* les médications externes intensives, et les bains prolongés

1. Haslund. — Ueber die Behandl. der Psor. mit gross. Dosen von Iod-Kal. *Viert. Dermat, und. Syph.*, 1887, anal. franç., par Audry *in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2e série, t. IX, 1888, p. 401, 411, VII. — Cf. Barduzzi et Luciani, *in Gaz. d. Osped.* et *Lo Speriment.*, 1889. — De Molènes. — Action de l'iodure de potassium à très hautes doses sur l'organisme; de son emploi dans le traitement du psoriasis, *in Arch. gén. de méd.*, juin 1889. — Gutteline. — *Weekl. v. h. Neder. Tijds. V. Gen.*, n° 17, 1889; et anal. de ces derniers travaux *in Bulletin méd.* 1889; etc., etc.

ou la sudation, la fréquence et l'intensité de l'action sont plus accentuées, et l'on obtient quelquefois des résultats qui semblent ne pouvoir être réalisés ni au même degré, ni avec la même fréquence sans l'iodure[1].

Enfin, administré dès les premières phases des arthropathies du psoriasis, l'iodure de potassium, à doses élevées et prolongées, actionne de la manière la plus favorable les lésions péri-articulaires.

4° Malheureusement, soit par manque d'action ou par action défavorable, soit par intolérance médicamenteuse, ce n'est pas, dans notre série expérimentale, la majorité des psoriasiques qui a pu bénéficier de la cure iodo-potassique; et, pas plus que pour le mercure, nous ne possédons d'observations personnelles de guérison vraie du psoriasis par l'iodure de potassium, employé seul, ou associé aux médications externes. L'enquête est à continuer, en agissant dans les périodes éruptives, et en séries réitérées dans les intermissions; elle doit être basée sur des études authentiques et précises, à la fois en ce qui concerne l'action immédiate, et à l'égard des résultats éloignés[2].

5° Quand le mercure, ou l'iodure de potassium, ne sont pas tolérés aux doses intensives, on obtient quelquefois des résultats moins insuffisants par leur association à doses mo-

1. Chez un hospitalisé, très énergique, qui a atteint facilement la dose de 30 grammes, et qui a été traité concurremment par l'huile de cade pure à main large, la délitescence de l'éruption, laquelle n'était antérieurement obtenue qu'après deux mois et demi, s'est effectuée en trente-trois jours, sur lesquels vingt de traitement ioduré.

2. On peut voir à l'hôpital Saint-Louis, salle Alibert, dans notre service, un cas de psoriasis généralisé resté intense, bien que le malade ait toléré l'iodure à la dose de 25 grammes par vingt-quatre heures.

Chez un autre, nous avons, à plusieurs reprises, atteint les doses de 19 grammes par vingt-quatre heures, sans avoir rien gagné d'important, que l'on fît ou non une médication externe simultanée.

De Molènes (*Communication personnelle*), sur une quarantaine de cas de psoriasis traités par l'iodure de potassium, *en même temps que par les médications externes*, a relevé les particularités suivantes : il n'a donné l'iodure de potassium qu'aux sujets *tolérants*, et il a pu faire prendre, à quatre malades, 25, 30 et 42 grammes par jour, soit, totalisés, 1 117, 1 050, 1 741 et 1 890 grammes ; mais ayant constaté que ce mode était excessif à tous égards, il a adopté la dose

dérées; et, dans les cas où l'un ou l'autre des deux agents médicamenteux, même toléré, n'actionne pas l'élément psoriasique, on peut, également, avoir bénéfice à employer la médication mixte[1].

Certaines conditions exceptionnelles, enfin, peuvent faire naître l'indication d'une médication composite telle que la réalisait systématiquement Devergie dans beaucoup de circonstances — arsenic, iodure de potassium, mercure; cette indication pourrait être remplie à l'aide de la liqueur de Donovan-Ferrari (voy. plus haut, p. 301).

G. — OPOTHÉRAPIE[2]

Rien n'est venu justifier les espérances conçues, ni les promesses faites, sur l'action heureuse de la thérapeutique des sucs dans le traitement du psoriasis, quel que soit l'élément organique qui ait été employé[3]. Les agents opothéra-

progressive de 2 à 12 grammes par vingt-quatre heures, toujours en dilution dans une grande quantité de liquide, continuée jusqu'à ce que les éléments psoriasiques aient disparu, et il prescrit une cure semblable de six semaines, deux mois après.

Sur les quarante malades traités, dix-huit seulement, en outre des quatre cas à doses excessives, ont pu être observés et suivis. Quand la tolérance a été absolue, action favorable rapide, marquée encore avec les tolérants relatifs, mais lente. *Résultats éloignés :* depuis huit années, des quatre malades traités à doses massives, deux ont eu de nouvelles poussées sensiblement atténuées. Un psoriasis très intense n'a pas reparu depuis six ans. Le quatrième a eu une très forte récidive, et a été perdu de vue.

Des dix-huit traités à doses moyennes, huit n'ont obtenu aucun bon résultat éloigné; dix ont vu les paroxysmes devenir plus espacés, moins forts, sont satisfaits du traitement, et le continuent.

Deux ont des poussées plus violentes qu'avant le traitement, et ont renoncé à l'iodure. Deux n'ont pas eu de récidive depuis cinq et quatre ans.

Cf. S. Corvin. — *Soc. des méd. natur. de Jassy*, vol. IX, n° 1 et 6, 1895, p. 20 et 159. Cas de guérison du psoriasis par l'iodure de potassium. — L'auteur rapporte qu'un de ses malades a ingéré pour son traitement 2 837 grammes d'iodure de potassium, du 10 janvier au 2 juin 1895, — du 21 mai au 2 juin, le sujet a pris, chaque jour, 50 grammes d'iodure.

1. Cf. J. Brault, note 1, p. 304, 305.

2. De οπος suc, jus, humeur de tissu, tissu, et θέραπεια, traitement, cure. — Landouzy. — Cours de Thérapeutique et de Matière médicale, première leçon, *Presse médicale*, 16 novembre 1895, p. 462.

3. Plusieurs des publications qui rapportent des statistiques favorables ne

piques mis en expérience sont, pour la plupart, sans péril; mais aussi sans action, et le seul d'entre eux qui actionne l'élément psoriasique à la manière des autres altérants, le *suc thyroïdien*, présente de réels dangers.

Pour notre part, bien que sans nous départir de la prudence absolument nécessaire, nous ayons fait des tentatives suivies, nous n'avons jamais vu l'action inhibitoire du suc thyroïdien amener, *à elle seule*, la guérison *complète* d'une éruption de psoriasis *vrai*. Le praticien qui croira devoir tenter une cure thyroïdienne agira prudemment en méditant, au préalable, la remarquable étude expérimentale faite par Thibierge dans notre service à l'hôpital Saint-Louis, pendant l'année 1894[1]. Chez tous les psoriasiques la médication thyroïdienne réclame une surveillance précise ; elle est absolument contre-indiquée chez ceux dont les *reins*, le *cœur* et les *vaisseaux* ne seraient pas en état d'intégrité.

donnent pas les indications nécessaires sur la nature *réelle* des affections mises en traitement, ni sur la question de savoir si la médication par les sucs a été employée seule, ni au sujet des récidives, etc., etc. Voy. aussi plus haut § VII, p. 305.

1. « En résumé, — dit Thibierge (Traitement thyroïdien du psoriasis, communication au Congrès français de médecine, 2e session, Bordeaux, août 1895, et *Annales de Dermat. et de Syph.*, 3e série, t. VI, 1895, p. 760 à 787), — je serais presque tenté de bannir la médication thyroïdienne de la thérapeutique du psoriasis, s'il n'y avait un certain nombre de psoriasiques, — tous les dermatologistes en connaissent, — qui ont essayé, successivement, la série longue des médicaments antipsoriasiques, et n'en ont obtenu aucun bénéfice. A ceux-là, mais à ceux-là seulement, qui, déçus dans leurs espérances, veulent tenter, une fois de plus, l'essai d'une médication nouvelle, quitte à enregistrer un échec de plus, on peut permettre l'expérience, sous les réserves et avec les précautions que je viens d'indiquer. C'est un remède de désespéré, pour ainsi dire; mais n'en est-il pas d'autres dans notre thérapeutique? »

Cf. P. Thévenin. — Note sur trois cas de psoriasis vainement traités par l'extrait thyroïdien (*Journ. des mal. cut. et syph.*, 2e série, t. VII, n° 9, p. 510). — Brocq. — Treat. of psoriasis by the extract of Thyroïd Body (*Journ. of cut. and. g. ur. Dis.*, vol. XIII, août 1895, p. 345).

III

TRAITEMENT EXTERNE DU PSORIASIS

I. Avis préliminaires. — II. Mode d'application des topiques : Huiles, savons, pommades. — Siccatifs médicamenteux. — Emplâtres. — III. Antipsoriasiques : Graisses simples. — Goudron. — Mercure. — Chrysarobine. — Pyrogallol. — Succédanés et préparations mixtes. — IV. Pratique balnéaire, hydrothermale, hydrothérapique.

I

Avis préliminaires.

A. — Dégagé de la polypharmacie superflue, le traitement externe du psoriasis est un des mieux réglés de la dermatothérapie; son pouvoir curatif sur les altérations réalisées, quelquefois absolu[1], est régulièrement considérable; mais, sur la maladie proprement dite, sur ses rechutes ou sur ses récidives, ce pouvoir devient aussi vague que celui de la médication interne. A peine vient-on de terminer la cure la plus attentivement menée, ou la plus énergique, que l'on voit à chaque instant reparaître des éléments nouveaux, et il est bien rare qu'un long délai se passe sans que la surface du corps n'en présente quelque part. Communément, ces éléments *de retour* évoluent d'une manière plus ou moins insidieuse; et c'est, à l'ordinaire, seulement quand leur multiplication est déjà avancée, que le patient se considère comme réellement repris, et vient réclamer de nouveaux soins du médecin qui l'a traité, plus souvent d'un autre. Cet *entr'acte*, que l'on appelle, par euphémisme, la période de « guérison » du psoriasis se chiffre par semaines ou par mois, bien rare-

1. Il n'est pas rare de rencontrer des formes, ou des éléments psoriasiques absolument rebelles, immobiles — *Psoriasis permanent*, — soit par absence de réaction médicamenteuse, soit par intolérance de tout antipsoriasique. Certaines régions — les membres inférieurs, le pénis et le gland, la surface lombo-sacrée — présentent régulièrement plus de résistance que les autres au traitement externe, et les médications appliquées doivent être réglées en raison de ces particularités.

ment par années dans les cas de psoriasis vrai sévèrement observés; quelquefois il a été déterminé par le traitement seul; mais il peut se produire *spontanément*; et faire partie du cours *normal* de la maladie.

B. — Même réduite à dessein, comme nous la présenterons, à ses plus simples expressions, la médication antipsoriasique externe reste complexe; réclamant toujours un apprentissage pratique. En aucune manière, le psoriasis n'est une affection que le premier venant peut traiter avec quelques formules collectionnées dans les journaux ou dans les livres; chaque cas nouveau réclame une appropriation particulière dans la technique, les doses, le choix des excipients, l'adoption d'un antipsoriasique simple ou mixte, le taux d'activité, etc. Ce n'est jamais le psoriasis qu'il s'agit de traiter; c'est toujours un psoriasique; et cela, surtout, pour les variétés actives, généralisées, ou chez certains malades soumis au régime des alternances ou des suppléances morbides. Quelques sujets ne peuvent supporter, sans qu'il survienne une irritation épidermique plus ou moins vive, les agents les plus modérés de la médication banale, ou n'en tolèrent que quelques-uns, ou même qu'un seul. Idiosyncrasique et permanente chez certains, cette intolérance est, chez d'autres, temporaire, attachée aux phases germinatives, aux cas dans lesquels intervient quelque invasion microbienne, staphylococcique ou autre; à quelques formes spéciales ayant une évolution pseudo-exanthématique initiale (*psoriasis généralisé, aigu, en gouttes*); et à toutes les érythrodermatites psoriasiques. Dans chacune de ces circonstances, le manque de surveillance médicale, l'emploi de doses trop élevées, peuvent avoir des conséquences désastreuses.

C. — L'étendue superficielle du psoriasis est une des grandes difficultés du traitement; elle contre-indique l'emploi immédiat des médications intensives, rend indispensables les médications partielles et mixtes, et nécessite une surveillance particulière. Chez les psoriasiques à chevelure blonde ou rouge, chez les très jeunes sujets, et particulièrement chez les

enfants du premier âge, il faut des précautions spéciales pour éviter les épidermodermites érythémateuses étendues, et les absorptions médicamenteuses. Les formes aiguës de première apparition, miliaires, lenticulaires, papuleuses, etc., généralisées à toute la surface du corps, restent en dehors de la médication antipsoriasique proprement dite; leur direction réclame circonspection et surveillance, comme pour toutes les épidermodermites aiguës à grande extension

D. — Est-il nécessaire d'ajouter que toute complication locale intercurrente — dermite inter-éruptive, folliculites, eczématisation, phlycténisation, lymphangite, phlegmon dermique, etc.[1], — entraîne, par son fait même, la suspension des applications pendant le cours desquelles cette complication s'est produite, jusqu'à la fin du paroxysme accidentel, qui peut être court si l'interruption a été faite en temps utile. Si les irritations produites sont limitées, c'est aux points irrités seulement que la médication anodine doit être appliquée, et l'on continue, avec surveillance, le traitement actif sur les autres régions. Dans tous ces cas, la médication s'exerce au jour le jour, et les plus expérimentés ne peuvent se soustraire à ces tâtonnements.

Enfin, pour les cas où il existe dans l'état des viscères, ou dans les conditions diathésiques, de quelques sujets une contre-indication à l'emploi d'une médication externe intensive, en raison des alternances et des suppléances morbides, les conditions sont exactement les mêmes que pour l'eczéma (voy. pp. 131, 132).

E. — Ce n'est pas seulement sur les *effets externes* des agents de la médication locale du psoriasis qu'il faut veiller, c'est aussi sur les *intoxications* par la voie cutanée : au niveau

1. Les complications aiguës qui surviennent au cours du traitement d'un psoriasis, spontanées, d'origine inconnue, ou provoquées par la médication elle-même, et dont l'indication sera précisée en traitant des antipsoriasiques qui leur donnent naissance, sont en réalité très rares dans les services hospitaliers, comme dans toutes les circonstances où la direction médicale et la surveillance sont incessantes. Il faut toujours compter, cependant, avec les intolérances individuelles et avec les conditions imprévues.

de tous les éléments psoriasiques, le revêtement kératique protecteur étant altéré, le réseau papillaire ectasié et hyperémié a acquis une faculté d'absorption aiguë[1]. Quelques sujets, ayant ou non l'intolérance externe, ont une intolérance spéciale pour quelques substances toxiques en particulier, ou pour toutes sans exception : l'un ne peut supporter ni les pommades ni les emplâtres hydrargyriques sans avoir une stomatite ou une entérite; d'autres ne tolèrent ni la chrysarobine, ni le pyrogallol sans anoxémie, hématurie, néphrorrhagie, etc. Aussi, chez les psoriasiques déjà traités avant le moment où l'on prend contact avec eux, il sera toujours bon de consulter leurs souvenirs, de se renseigner sur les prescriptions faites précédemment, et sur les résultats locaux ou généraux qu'elles ont produits. Précaution d'autant moins inutile que la valeur curative des antipsoriasiques n'est pas la même pour tous, et diffère chez un même sujet, pour les diverses régions, le tronc ou les membres inférieurs, le cuir chevelu, la face ou les mains, etc. Pour les cas de première apparition, les éruptions aiguës, ou les vastes surfaces, on débutera par des applications anodines, faibles ou limitées.

F. — Remarque d'un autre ordre, mais qui est au cœur même du sujet : la majorité des psoriasiques se compose de sujets valides que l'on peut et que l'on doit traiter sans les soustraire à la vie courante. Sauf dans les cas exceptionnels, aigus, compliqués, ou d'une extrême intensité, ils sont, au sens le plus littéral, des « chroniques » et, de règle générale, leur traitement doit être ambulatoire. C'est sans nécessité que l'on hospitalise pendant des semaines et des mois, et que l'on ne laisse pas en mesure de gagner leur vie, beaucoup de sujets que la routine institue, leur vie durant, rentiers de l'Assistance publique; presque tous, traités policliniquement,

1. Lailler. — Note sur les accidents graves causés par l'application d'une solution de chlorhydrate d'aniline sur des plaques de psoriasis. *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1873, et *Union médicale*, 1893, p. 865.

Cf. J. Œstreicher. — Z. Therap. Verwend. d. Hydracetin g. Psoriasis, *Berliner Klin. Wochenschr.*, 1889, n° 2, et *Ann. de Derm. et de Syph.*, 3e série, t. I, 1890, p. 170.

pourraient continuer à travailler plus ou moins. Dans la pratique civile, la vie sociale à tous les degrés, et la vie intime, doivent être conservées.

G. — En terminant ces avis préliminaires, nous répéterons avec insistance que le traitement externe du psoriasis réclame absolument l'intervention réelle, et la direction effective. C'est une révolution à opérer dans la tradition des médecins, et dans la coutume des malades.

II

Mode d'application des topiques : huiles, savons, pommades. — Siccatifs médicamenteux. — Emplâtres.

Les excipients, — graisses, huiles, savons, — les pommades molles ou solides, les solutions siccatives, les gélatines, les emplâtres, etc., ont été, pour la plupart, décrits en détail à propos du traitement externe de l'eczéma (voy. pp. 169 à 183); il ne reste ici qu'à indiquer quelques préparations spéciales ou à préciser les modes d'application particuliers au psoriasis.

A. — HUILES. — SAVONS. — POMMADES

Pour les topiques huileux, et pour les pommades molles, l'application par la main immédiate serait insuffisante; on la fait mieux et avec moins d'inconvénients, à l'aide d'intermédiaires divers. Communément, on emploie des tampons de linge ou de flanelle; mais on perd ainsi une partie de la préparation, et il est bien difficile de limiter l'application aux surfaces malades. Pour exercer les frictions correctement et activement, nous employons, soit des pinceaux à brosse très courte, soit des frottoirs de bois, ayant à leur extrémité une surface plane, légèrement relevée, de forme et de dimensions adaptées, et garnie de peau de chamois[1], qui permettent de réaliser méca-

1. Cavaillès a fabriqué, pour nous, des frottoirs de formes et de dimensions appropriées aux cas divers, depuis le psoriasis en gouttes, jusqu'aux plus grands placards. Leur emploi permet de faire la friction rapidement, avec le moins de substance possible, et de la limiter exactement aux surfaces malades.

niquement l'imprégnation des couches cornées, et la pénétration de l'épidermoderme par l'agent médicamenteux, *condition essentielle.*

Dans les formes superficielles, on peut exécuter les frictions à l'aide des pommades solides, en forme de « cosmétique » des parfumeurs, rendues consistantes par la cire, et qui se ramollissent au point convenable à la température de la peau[1].

1. Depuis très longtemps, nous employons les bâtons de pommades solides pour le traitement des affections du cuir chevelu, en les rendant plus ou moins durs et consistants selon la saison par une quantité variable de cire.

Leur emploi a été généralisé par Unna avec cette formule :

℞ Cire jaune	} ãã 45 grammes.	
Lanoline		
Huile d'olive	35	—
Principe actif	Q. v.	

M. s. a.

En 1895, J. Montiès — *Journal des Maladies cutanées et syphilitiques*, février 1895, p. 121. Sur la préparation des crayons médicamenteux fondants employés en dermatologie — a préparé, pour Audry, à la Clinique dermatologique de Toulouse, des crayons médicamenteux destinés au traitement du psoriasis selon la formule ci-dessous :

℞ Beurre de cacao	75
Paraffine	15
Huile d'olives	10
Principe actif	10

M. s. a.

Montiès a résumé les indications pharmacologiques dans le tableau suivant :

NOMS des principes actifs.	Acide chrysophanique.	Acide chrysophanique et ichthyol.	Ichthyol	Résorcine.	Acide pyrogallique.	Soufre.	Sublimé.
Doses	10	10 5	10	15	8	20	2,50
Beurre de cacao	75	65	70	60	80	55	80
Paraffine	10	10	15	10	7	10	15
Huile d'olive	5	10	5	15	5	15	2,50

A la suite de l'application réalisée à la clinique de Audry, nous avons fait fabriquer des pommades solides de toutes sortes sous forme de bâtons inclus dans les étuis à glissette qui existent aujourd'hui dans le commerce. On peut très simplement, à leur aide, dans la plupart des cas, faire les frictions nécessaires au traitement des formes légères de psoriasis. Ces bâtons doivent avoir un certain volume, en moyenne celui des cosmétiques ordinaires des coiffeurs. Pour

Les frictions avec les *savons médicamenteux* se font à la main, ou à l'aide de brosses ou de pinceaux; associées aux médications par les emplâtres et par les bains, elles peuvent être particulièrement utilisées pour les traitements ambulatoires. Quel que soit l'agent de friction, l'application doit en être limitée autant que possible aux surfaces malades, surtout pour les substances réductrices énergiques; la friction doit être douce, mais faite avec insistance, et prolongée. Si les placards sont limités, la friction terminée, on nettoie la peau saine alentour; on recouvre les surfaces frictionnées d'une plaquette de *lint* neutre de la dimension du placard, et l'on fixe à l'aide d'une bande de gaze s'il s'agit des membres. Sur le tronc et sur les membres également, on peut recouvrir les éléments frictionnés d'une plaquette d'emplâtre adhésif, moyen de protection, et de multiplication curative.

B. — SICCATIFS MÉDICAMENTEUX. — TRAUMATICINES ET COLLODIONS

La traumaticine — gutta-percha dissoute dans le chloroforme — a été appliquée au traitement des maladies de la peau en 1852 par R. Graves[1]; mais l'idée très naturelle de simplifier le traitement du psoriasis, en incorporant les sub-

les surfaces psoriasiques en petits disques, en gouttes, les petits *frottoirs*, en permettant de mieux limiter l'action, sont préférables. On recommandera au malade, la friction terminée, de bien nettoyer l'extrémité libre du bâton médicamenteux à l'aide d'un linge propre, ou mieux de coton hydrophile.

Voici deux formules à titre d'exemple :

a) ℞ Axonge ou vaseline	ãã 40 grammes.	
Cire jaune		
Acide chrysophanique	ãã 10 —	
Huile pour délayer		
M. s. a.		

b) ℞ Beurre de cacao	50 grammes.
Cire jaune ou blanche	30 —
Huile de cade	20 —
M. s. a.	CAVAILLÈS.

1. R. GRAVES. — *Dublin quarterl. Journ.*, Aug. 1852.

stances actives dans un excipient siccatif, appartient surtout à Pick, à Auspitz et à Unna.

Les siccatifs médicamenteux permettent de bien limiter l'action à la surface malade, de ne pas altérer les vêtements, d'éviter tout pansement, et, généralement, de n'avoir aucun accident local, quand on opère correctement. Nous employons de préférence pour exécuter les vernis médicamenteux destinés au psoriasis, ou à d'autres affections, le *collodion à l'acétone*, introduit à l'hôpital Saint-Louis, il y a dix ans, par Lailler sous le nom de « Pellicule » et dont il a été fait, depuis, de nombreuses applications, par nous, d'abord, et par d'autres, en France et à l'étranger.

Les collodions acétoniques médicamenteux que nous avons mis à l'étude, à cette époque, tenaient en solution ou en suspension la plupart des substances applicables au traitement du psoriasis, et en particulier le pyrogallol, la chrysarobine, le goudron, l'huile de cade, l'huile de bouleau[1].

1. Voici les formules de quelques-uns des collodions acétoniques que nous avons employés; elles appartiennent à F. Vigier qui nous avait libéralement fourni les préparations nécessaires pour nos recherches d'hôpital.

1° Pellicule à l'acide pyrogallique.

Pyrogallol (soluble en toute proportion) 5 à 25 p. 100; au-dessus de 25 p. 100, la préparation cesse d'être applicable.

2° P. à la chrysarobine.

Chrysarobine (insoluble) 5 à 20 p. 100.

Inscrire sur l'étiquette : Agitez.

3° P. au goudron.

Goudron (soluble en toutes proportions) 5 à 10 p. 100; la préparation sèche difficilement, et au-dessus de 10 p. 100 ne sèche pas.

4° P. à l'huile de cade.

Huile de cade vraie et pure (soluble en toutes proportions), 10 à 30 p. 100. (E. Gaucher — *Bull. de la Soc. franç. de Dermat.*, novembre 1896, p. 539 — a insisté sur la nécessité d'employer de l'huile de cade pure, et de l'acétone anhydre, pour obtenir une préparation qui sèche bien et qui ne soit ni trop fluide ni trop épaisse.) Pour complément, v. p. 325.

5° P. à l'huile de bouleau blanc, 5 à 30 p. 100.

La P. à 30 p. 100 sèche bien.

On peut préparer ces collodions avec toute une série d'autres substances, selon le besoin.

Dans le but d'augmenter l'action locale, et d'éviter les irritations de voisinage dans les points qui arrivent au contact des siccatifs médicamenteux, nous avons, pour certains cas, modifié le procédé de Pick, soit en appliquant d'*abord* sur les éléments psoriasiques les substances médicamenteuses tenues en solution ou suspendues dans un liquide volatil, alcool, éther, ou chloroforme, soit en les imprégnant préalablement, *par friction*, de substances diverses. Dans un second temps, les éléments psoriasiques imprégnés sont recouverts de gélatine à l'oxyde de zinc, de solution chloroformique de gutta-percha (traumaticine), de collodion acétonique (pellicule), ou d'emplâtres divers, faisant office de *fixateurs*.

Les siccatifs médicamenteux ou non, gélatines, traumaticines, collodions, s'appliquent au pinceau de ouate ou de blaireau, *après* avoir fait subir à l'élément psoriasique le traitement préparatoire approprié au cas particulier — décapage, lotions savonneuses, hydrargyriques, etc. La peau saine alentour doit toujours être réservée, préservée, protégée, surveillée.

C. — EMPLATRES

Si l'on veut encore simplifier la manutention et la technique, on peut se servir, pour les surfaces limitées, des emplâtres simples ou médicamenteux, qui, unis aux autres moyens de traitement, constituent une ressource importante pour les médications ambulatoires. Ils peuvent servir d'application préalable pour le décapage — emplâtre de savon, emplâtres à l'huile de morue par exemple, excellents pour cet objet; — d'occlusif après médication intensive de l'élément psoriasique; enfin, chargés eux-mêmes des substances actives, ils peuvent remplir ces divers objets en même temps. La durée d'application continue d'un même emplâtre varie selon les phénomènes objectifs et subjectifs constatés; leur renouvellement ne peut être réglé que pour chacun d'eux en particulier. On se rappellera que, de règle, l'emplâtre doit être de la forme et de la dimension des surfaces malades, pour préserver

la peau saine périphérique. Au moment du renouvellement de l'emplâtre, la surface psoriasique sera soigneusement, et aseptiquement, nettoyée, soumise s'il y a lieu aux lotions, frictions, etc., etc., avant d'être recouverte à nouveau.

III

Antipsoriasiques : Graisses simples. — Goudron. — Mercure. — Chrysarobine. — Pyrogallol. — Succédanés et préparations mixtes.

La matière médicale dermatologique comprend un grand nombre de substances capables d'actionner l'élément psoriasique d'une manière directe; sous leur influence, on voit, dans la généralité des cas, se développer plus ou moins rapidement un processus de délitescence ou de résolution, pendant que, d'une façon corrélative, la parakératose s'atténue, et cesse. Quelques-unes de ces substances, nouvellement connues et appliquées, agissent avec une grande énergie, mais elles ne sont pas tolérées par tous les malades au dosage d'activité, et, dans beaucoup de cas, l'extrême étendue des surfaces malades ne permet pas de les employer, sans danger d'absorption, sur la totalité du corps en même temps. Il faudra donc, pour le psoriasis comme pour toutes les autres maladies, n'être pas systématique, choisir l'agent médicamenteux approprié à chaque cas, à chaque âge, à chaque sujet; quelquefois en associer plusieurs dans une même préparation; déterminer l'étendue superficielle du tégument sur laquelle devra porter le traitement, et surveiller, non pas seulement l'action sur les lésions cutanées, mais encore sur la peau saine et sur l'organisme entier, on ne saurait trop le redire.

Les antipsoriasiques essentiels, et indispensables, sont peu nombreux; les graisses simples, les savons, le goudron, le mercure, la chrysarobine, le pyrogallol, voilà qui suffit à remplir les indications capitales. C'est à titre de succédanés, d'adjuvants, de correctifs, qu'il y a lieu de faire intervenir le

soufre, l'ichthyol, le thiol, le naphtol, le gallanol, l'aristol, l'anthrarobine, l'acide salicylique, etc.

A. — GRAISSES SIMPLES

Les frictions avec les graisses simples, axonge fraîche, vaselines, lainines, aleptine, glycérine et glycérolés, huile de morue, etc., conviennent pour l'entrée en traitement; on les fait surtout le soir, et les parties frictionnées sont recouvertes, pour la nuit, de maillots légers, ou de tout autre enveloppement approprié; le matin, bain, ou lotions, avec solutions faibles de borax, de savon blanc, de coaltar saponiné, etc. On fait suivre d'une friction grasse, et d'un revêtement immédiat qui permette au malade de s'habiller, et de vaquer à ses occupations ordinaires pendant la journée; si le sujet garde la chambre, ou s'il est hospitalisé, la friction peut être faite plus largement. et l'application maintenue permanente. Bien exécutées, les frictions grasses simples amènent souvent, à elles seules, une amélioration de surface, un assouplissement considérable, la guérison des fissures, et un bien-être dont plusieurs malades seraient disposés à se contenter. Pour quelques sujets à peau irritable, ou irritée par des causes diverses, et pour le « psoriasis irritable », les onctions grasses anodines sont, à l'ordinaire, le seul traitement externe applicable; et, très souvent, au cours des médications les plus diverses, reparaît l'indication des onctions grasses simples, quand s'accentue l'anidrose psoriasique, la xérodermie; elle s'impose dans toutes les complications d'érythème, de folliculite, de dermite inter-éruptive, etc.

B. — GOUDRON

1° Méthodiquement appliqué sous les formes les plus diverses, le goudron éteint une éruption de psoriasis moyenne — comme intensité, ancienneté, étendue — dans les délais

de cinq à six semaines environ s'il n'y a pas d'interruption pour une cause quelconque, et sans accidents généraux si la direction est médicale. Il convient particulièrement aux variétés superficielles de toutes les formes, et il suffit pour les variétés profondes; il actionne sûrement le réseau veineux parésié de l'élément psoriasique, base essentielle de la lésion, et il modifie la dyskératose directement.

2° L'intoxication grave par le goudron, dont Kaposi a tracé le tableau magistral, ne s'observe pas chez les malades que nous avons traités par le goudron de cade; en vingt-cinq années, nous n'en avons pas observé un seul exemple. On sait, cependant, que nos psoriasiques de l'hôpital Saint-Louis abusent, quoi que nous fassions, de ce goudron, le corps enveloppé jour et nuit de chemises qui en sont saturées, et couchés dans des draps qui en sont pénétrés. Il est vrai que les malades en question, sont en surveillance réglée; — que leurs urines sont examinées, etc.; que, sauf chez ceux qui ont été déjà soumis à l'épreuve, les premières applications sont mitigées, et graduellement rendues plus actives, mesurées à la tolérance individuelle, à l'accoutumance; — et que ces précautions sont prises avec une sévérité particulière chez les jeunes sujets, et surtout chez les enfants.

3° Avant l'application de la chrysarobine et du pyrogallol au traitement du psoriasis, le goudron était l'antipsoriasique obligé; il resterait encore aujourd'hui d'un usage majeur, n'étaient la lenteur relative de son action, et ses nombreux inconvénients, — péri-folliculites, dermite érythémateuse, coloration de la peau, odeur, etc.

A. — *Péri-folliculites* (acné du goudron), *érythème lisse.* — On peut éviter régulièrement ces complications en faisant, tous les trois ou quatre jours, une interruption de frictions; en donnant un bain boraté léger, et en employant, pendant la suspension, des onctions d'onguent de zinc simple ou salicylé; on n'y parvient pas toujours cependant, surtout quand les précautions ne sont pas prises avec minutie, et si la surveillance de la peau est négligée. Les folliculites dont

le lieu d'élection est aux membres inférieurs[1], surtout chez les sujets velus; — mais qui peuvent se généraliser, — sont la pierre d'achoppement du traitement du psoriasis par le goudron; elles font perdre un temps considérable, prolongent de beaucoup la durée réelle de la cure, et le séjour des hospitalisés; elles deviennent enfin, quelquefois, le point de départ de furonculoses généralisées miliaires pouvant acquérir une réelle gravité. Mêmes remarques, et même interruption obligée, quand il se produit un état particulier de peau luisante, tendue, un peu œdémateuse aux membres inférieurs.

B. — *Couleur et odeur.* — La *couleur* intense rend inapplicable la médication au visage et aux mains, et l'*odeur* tenace, rebelle, ne permet les traitements ambulatoires qu'aux rares sujets qui peuvent prendre le matin un bain, avoir des vêtements de rechange, etc. Encore faut-il que ces derniers soient isolés, la nuit, car on ne peut admettre que, leur vie durant, ils infligeront à ceux qui ont le même logis, ou le même lit, le partage du goudron, à chaque rechute d'une maladie sans fin. En voilà assez pour montrer que, si excellente qu'elle puisse être, la médication par les frictions de goudron ne saurait, en dehors de l'hospitalisation, ou de conditions analogues, constituer la médication commune, ni la médication de choix. Cela malgré le bénéfice attribué au goudron de compenser la longueur et les incidents de la cure par la plus longue durée des intermissions réalisées.

4° La préparation de choix est, en France, le goudron de cade, ou « huile » de cade, — goudron du genévrier oxycèdre; l'huile de bouleau blanc a une action sensiblement égale, mais son prix est plus élevé.

Pour les malades qui n'ont pas encore été traités par le goudron ni par rien autre, dans les cas à éruption très géné-

1. La réduction est toujours plus lente aux membres inférieurs, et la guérison plus tardive que sur les autres points du corps, en raison de la déclivité qui favorise l'état parésique veineux constitutif de la plaque psoriasique; la guérison des folliculites est également lente, et souvent les malades restent immobilisés, au point de vue du traitement, pendant plusieurs semaines.

ralisée, l'huile de cade n'est pas d'abord employée pure, mais étendue d'huile d'olives, d'huile de morue, de glycérine, etc., — de 80 à 20 p. 100. Toutefois, la manutention de ces mélanges réclamant une certaine pratique, on se sert plus habituellement, pour ces débuts *et pour ces cas*, de *glycérolés* ou de *savons à l'huile de cade*, qui sont mieux tolérés que les mélanges huileux, surtout chez les sujets à peau fine, ou très velus; les surfaces frictionnées sont, en outre, plus facilement détergées par les lavages ou par les bains, et, par cela même, moins exposées à être irritées par le goudron.

Voici les deux glycérolés les plus usités; ils peuvent être modifiés autant qu'on le juge utile dans la proportion de l'élément actif.

GLYCÉROLÉS CADIQUES FAIBLE ET FORT.

℞ *a*)	Huile de cade	15 grammes.
	Extrait sirupeux de bois de Panama. . . .	Q. s. p. ém.
	Glycérolé d'amidon.	90 grammes
	M. s. a.	
b)	Huile de cade.	50 grammes.
	Extrait sirupeux de bois de Panama. . . .	5 —
	Glycérolé d'amidon.	45 —
	M. s. a.	

VIDAL et LÉPINOIS.

Dans les cas de psoriasis prurigineux, on peut ajouter de 1 à 3 pour 100 d'*acide salicylique* et de un demi à un pour 100 de *menthol*.

Plus ou moins rapidement, on emploie l'huile de cade pure, par laquelle on débute régulièrement chez les malades dont la tolérance a été constatée dans des paroxysmes antérieurs. Après l'application, les *éléments psoriasiques* circonscrits sont pansés, comme nous avons dit plus haut, avec des compresses de *lint* ou de flanelle *adaptées*, maintenues par des bandes, ou par des maillots; quand les frictions sont généralisées, les

malades sont enveloppés dans la flanelle, ou mieux, revêtus de maillots adaptés.

Nous indiquerons plus loin — v. pp. 335 et suiv. — le rôle du bain dans le traitement du psoriasis par le goudron.

5° Dans les formes communes, superficielles, à placards d'une certaine dimension, circonscrits, on peut utiliser le *collodion acétonique à l'huile de cade* employé par Gaucher (voy. plus haut, p. 318) « comme préférable à la traumaticine chrysophanique, exempt des dangers que celle-ci peut présenter, et pouvant être appliqué sur les plaques les plus étendues, et sur toute la surface du corps »; les badigeonnages sont répétés chaque matin, après un bain ou un lavage à l'eau tiède. Mais quand il est possible d'imprégner d'huile de cade, par frictions, l'élément psoriasique, l'action sera toujours plus intense et plus rapide.

6° Dans des conditions identiques aux précédentes, les *emplâtres à l'huile de cade* peuvent être très utilement employés, soit sur les placards de psoriasis simplement décapés, soit, s'il y a tolérance, après les avoir *pénétrés* de goudron *par friction* avec l'huile de cade, ou avec le savon cadique. Les emplâtres sont taillés selon leurs formes et leurs dimensions, recouverts ou non, selon les cas, de bandes ou de maillots; la peau saine alentour est soigneusement nettoyée, et le renouvellement des emplâtres se fait à intervalles variables selon l'action produite.

Voici quelques formules usuelles :

℞ *a*) Emplâtre simple	100	grammes.
Cire jaune	50	—
Huile de cade	30	—

M. s. a.

Hôpital Saint-Louis.

L'adhérence de ces emplâtres, qui sont excellents, est modérée; dans les cas où elle ne serait pas jugée suffisante pour le cas particulier, on peut se servir des masses de Cavaillès ou de Debuchy (voy. plus haut, pp. 178 et suiv.), et doser l'huile de

cade à volonté de 5 à 30 p. 100; ou prendre la formule suivante de F. Vigier :

℞ *b*) Gomme Damar	60	grammes.
Lanine anhydre	40	—
Cire jaune	30	—
Huile de cade	20	—
Poudre d'iris	30	—

Solution éthérée de caoutchouc à 10 p. 100 — 200.

M. s. a.

7° Enfin, dans les cas où l'odeur du goudron est tolérée, il y a souvent utilité à ajouter une quantité variable d'huile de cade aux diverses préparations destinées au traitement du psoriasis — préparations *mixtes* ou *composites*[1].

C. — MERCURE

Le mercure actionne le psoriasis à l'usage externe comme à l'usage interne; mais son action sur la maladie proprement dite est aussi nulle dans un cas que dans l'autre, et l'intolérance de la peau, des muqueuses buccale, intestinale, limite son emploi.

Dans aucun cas, il ne convient aux surfaces étendues, non pas seulement par crainte d'hydrargyrisme interne, mais en raison des érythrodermatites hydrargyriques, qu'il peut déterminer avec la plus grande intensité chez les psoriasiques.

1. Une de ces préparations mixtes les plus célèbres est la *pommade sulfo-goudronnée* de Wilkinson, modifiée par Hebra, une des plus usitées, et très utile dans les formes profondes, dans les variétés séborrhéiques.

℞ Soufre citrin } Huile (goudron) de hêtre }	ââ	50 grammes.
Savon vert } Axonge }	ââ	100 —
Craie blanche pulvérisée		10 —

M. s. a.

Hebra, Kaposi recommandent de faire, avec cette pommade, deux frictions chaque jour sur les plaques psoriasiques, pendant six jours, et de ne donner les bains qu'à partir du dixième ou du douzième jour, après décapage spontané réalisé. On remarquera que cette médication ne s'applique qu'aux surfaces limitées, et aux malades dont on peut diriger la cure.

On réserve son emploi pour les éléments circonscrits, de petite dimension, occupant des régions où les substances douées de propriétés tinctoriales sont inapplicables, comme à la face et aux mains ; et, même dans ces cas restreints, quelque surveillance sera nécessaire, car les intolérants du mercure ne sont pas rares.

Les agents les plus actifs sont les *pommades au précipité blanc*, à l'*oxyde jaune*, au *turbith minéral*, au *protoiodure*, — 0,50 à 2 p. 30 ; au *deutoiodure ;* à l'*iodhydrargyrate d'iodure de potassium ;* à l'*iodure de chlorure mercureux*, etc., — 0,10 à 0,30 p. 30, doses moyennes devant être abaissées ou pouvant être élevées selon l'indication particulière. Toujours, en tenant compte de la gamme d'activité de ces préparations, applicables seulement aux petites surfacs, dont l'emploi réclame une surveillance effective, et une *réelle prudence*.

Sont applicables également, l'emplâtre au calomel (*emplâtre blanc de Portes et Quinquaud*) et l'*emplâtre de Vigo*, sur étendue restreinte, et avec surveillance au titre général, et eu égard à la tolérance de la peau.

Toutes les fois où l'on peut ajouter de 1 à 5 pour 30 d'*huile de cade*, ou d'*huile de bouleau*, à ces différentes préparations, leur degré d'activité est généralement *accru*, les doses de mercure restant les mêmes.

D. — ACIDE CHRYSOPHANIQUE

L'agent réducteur par excellence de l'élément psoriasique est la *chrysarobine*[1] (acide chrysophanique) ; mais la variabilité individuelle de son dosage d'activité, son pouvoir tinctorial inévitable qui ne permet pas de l'employer sur les parties découvertes, une gamme variée d'accidents pénibles ou graves, tout cela restreint considérablement sa valeur pra-

1. L'acide chrysophanique a été introduit dans la thérapeutique du psoriasis par Balmanno-Squire, de Londres, en 1878 ; nous avons reçu de lui, à cette époque, une grande quantité de ce médicament qui nous a permis de poursuivre sur une large échelle l'application que nous avons instituée dès l'origine.

tique. Parmi ces accidents voici les principaux : au visage, blépharites et conjonctivites; au pénis et au scrotum, épidermodermites, œdématie; aux membres, folliculites; partout inter-dermites érythémateuses plus ou moins intenses; dermite bulleuse, vésication, escharification superficielle au niveau des plaques, et, accessoirement, lymphangites et phlegmons dermiques, adénopathies, etc. Enfin, graves intoxications avec anoxémie pouvant amener une terminaison funeste.

La plupart des accidents locaux peuvent, à la vérité, être évités à la condition de surveiller la médication; et l'on peut soustraire les malades à l'éventualité des accidents généraux en localisant l'action à des portions restreintes du tégument, et en surveillant l'état général et l'état des urines, avec d'autant plus de soin que la tolérance locale et l'action toxigène de l'acide chrysophanique varient, selon chaque sujet, et pour un même sujet, aux diverses époques.

La préparation de choix est la *pommade chrysophanique*, avec la vaseline pour excipient; la formule de Kaposi

℞ Chrysarobine	10	grammes.
Vaseline	40	—

M. s. a.

doit être considérée comme représentant la dose maxima. Dose de début, 5 p. 100; la moyenne de 10 p. 100 est généralement suffisante, *si* l'application en est faite avec le soin suffisant pour imprégner *réellement* l'élément psoriasique, selon la technique que nous avons indiquée plus haut : frottoir de peau; *friction* limitée aux plaques; nettoyage strict de la peau alentour et dans l'intervalle des points frictionnés; occlusion consécutive avec les traumaticines ou les collodions, les colles, ou les emplâtres adhésifs, selon que la disposition éruptive le permet; ou, *à l'inverse*, protection des espaces inter-éruptifs à l'aide des gélatines. Les doses de 15 à 20 p. 100, réservées pour les cas difficiles, entraînent l'obligation d'une surveillance étroite.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, Pick avait amélioré

les conditions du traitement localisé du psoriasis, en incorporant l'acide chrysophanique aux gélatines, et Auspitz avait perfectionné le procédé en remplaçant les gélatines par la traumaticine. Mais, même en variant les doses, on n'obtient pas, régulièrement, de ce mélange de l'agent actif et du *siccatif* tout ce que l'on en espérait, et l'on n'évite pas toujours les inconvénients ou les dangers de la chrysarobine. (Voy. pour les *formules*, la *technique*, et les *procédés* d'application des siccatifs, p. 317 et suiv.)

Mêmes remarques, un peu moins accentuées, en ce qui concerne les *emplâtres chrysophaniques* (voy. p. 197), qui permettent plus aisément de vérifier l'état des altérations et de faire les modifications nécessaires. Ils doivent être appliqués exactement de la forme et de la dimension des parties malades, renouvelés et remplacés, selon l'observation, toutes les quarante-huit heures s'ils sont bien tolérés, ou laissés moins longtemps s'il y a de l'irritation et de la péridermite; la technique ne diffère pas de celle que nous avons indiquée page 325.

Quelques précautions que l'on doive prendre, et quelque méthode que l'on ait adoptée, on n'étendra pas la médication, d'emblée, à tous les points du corps, avant d'avoir étudié le degré de la tolérance chrysophanique générale et locale chez le malade traité. La cure sera disposée par lots, en commençant par les membres inférieurs, où la guérison réclame toujours le plus de temps.

Si quelque irritation survient en un point quelconque, le malade est averti qu'il doit immédiatement y suspendre les frictions, et faire des applications anodines; et si quelque malaise général apparaît, la médication doit être suspendue en entier; les urines doivent toujours rester en surveillance.

Les indications de l'acide chrysophanique employé seul, et à dose active, se présentent donc particulièrement dans les cas où l'on peut diriger et surveiller le traitement; quand il est nécessaire d'agir énergiquement ou rapidement — psoriasis rebelle, profond, localisé, développé sur les parties couvertes. Les contre-indications générales résident dans l'acuité

ou l'étendue des éléments éruptifs, dans leur siège à la face, au cuir chevelu, aux mains, aux organes génitaux, dans l'impossibilité de surveiller le traitement ; sont exclues toutes les formes irritables chez les sujets qui ont déjà présenté des érythèmes récidivants, etc. Dans les cas douteux, intermédiaires, où il est cependant nécessaire d'agir activement, l'acide chrysophanique sera, avec avantage positif, utilisé *à dose réduite*, *associé* à d'autres antipsoriasiques.

Très rapidement, quand les applications sont suivies de succès, une zone blanche anémique circonférentielle se dessine autour de la plaque, pendant que l'atmosphère voisine se colore en brun, en rouge violâtre, et s'érythématise en même temps plus ou moins, surtout quand les applications sont étendues à la peau saine. Les colorations qui se produisent autour d'une plaque de psoriasis traité par l'acide chrysophanique sont donc *mixtes : érythème chrysophanique* et *chromodermie chrysophanique*, temporaires.

E. — ACIDE PYROGALLIQUE

Le *pyrogallol*[1], inférieur à la chrysarobine en pouvoir réducteur, est moins variable dans son dosage individuel d'activité, infiniment plus applicable en pratique, bien qu'il ait aussi ses inconvénients et ses dangers. Comme l'acide chrysophanique, l'acide pyrogallique est sans odeur, mais il a un pouvoir tinctorial très accentué ; il colore irrémissiblement le linge. Les accidents locaux qu'il peut causer sont moins intenses que ceux dus à l'acide chrysophanique, à la condition de mesurer les doses, de limiter les surfaces d'action, et de surveiller attentivement les effets produits. C'est seulement à ces conditions, et en se conformant à la technique normale, que l'on ne produira ni péridermites, ni folliculites, ni vési-

1. Le pyrogallol a été appliqué à la thérapeutique du psoriasis en 1878, par Jarisch ; notre expérimentation a suivi immédiatement sa première publication, et, dès cette époque nous avons annoncé que le pyrogallol prendrait le pas sur la chrysarobine.

cation, ni eschares, ni phlegmons sous-kératiques[1]. Les accidents généraux que l'acide pyrogallique peut produire sont des plus graves : intoxication hématique suraiguë, anoxémie, néphrorrhagies, entérorrhagies, cystite, urines vertes, puis sanglantes, etc. Les malades en traitement doivent être en surveillance attentive, et les urines recueillies dans un vase de verre toujours en observation. Suspension de la médication au moindre trouble général de la santé, et aussitôt que l'urine commence à brunir. Les doses de pyrogallol utilisées dans les frictions ne doivent pas, en général, dépasser 5 grammes par vingt-quatre heures[2].

L'acide pyrogallique a ses indications très fréquentes dans le *psoriasis typique*, commun, vulgaire, le plus ordinaire. Quand les surfaces sont très étendues, l'application se fait par fractions du corps; la dose totale de pyrogallol employée aux

1. Les précautions seraient plus nécessaires encore dans les cas rares où la parakératose tylosique est généralisée, comme dans le cas suivant :

Observation de Kaposi : « Si chez un malade atteint de psoriasis corné généralisé, il se forme des foyers phlegmasiques sous les couches épaisses d'épiderme corné très adhérentes, et que l'exsudat devienne purulent, il se déclare des phénomènes lymphangitiques, et un processus fébrile grave.

« Il s'agit d'un cas de psoriasis d'une très grande acuité disséminé sur tout le corps; de prime abord on avait traité les placards de la face et du tronc par des pommades anodines, tandis qu'on n'avait badigeonné qu'une seule fois les bras et les membres inférieurs avec de l'acide pyrogallique. Le malade a commencé hier à avoir des vomissements. Sur le dos ainsi que sur le thorax, l'épiderme corné s'est complètement détaché, les bras sont très tuméfiés, la température s'est élevée à 39°. J'ai fait mettre le malade dans l'eau. Le dos s'est un peu amélioré, mais les membres sont recouverts de pustules volumineuses. Je tiens incidemment à faire remarquer ici que les malades ont, même dans le bain continu, à supporter des malaises de toute espèce. Les uns se plaignent d'un prurit terrible dans des régions où il n'y a pas de psoriasis, d'autres d'une sensation intolérable de tension en certains points. En effet la couche cornée de l'épiderme gonfle dans l'eau, mais ne se détache pas encore, particulièrement à la paume des mains et à la plante des pieds; aussi il faut badigeonner souvent ces parties avec du goudron; quelques malades accusent une soif inextinguible. J'ai fait transporter le malade du bain continu dans son lit, et envelopper ensuite dans des draps humides, il faudra continuer ainsi jusqu'à ce que toutes les pustules se soient ouvertes. C'est alors seulement qu'on pourra continuer le traitement du psoriasis. » (Kaposi, *Leçon citée* plus haut.)

2. En 1882, dans un travail sur l'empoisonnement par l'acide pyrogallique. (*Annales de Dermatologie*, 2e série, t. III, p. 694), nous avons précisé la *prophylaxie* de cet empoisonnement.

Dans tous les cas, les accidents évoluent avec rapidité, et, pour le traitement, c'est l'indication *vitale* qu'il faut tout d'abord remplir. Chez notre malade, nous sommes arrivé au succès, en injectant largement de l'éther dans le tissu musculaire sous-cutané, en donnant presque incessamment de l'eau alcoolisée, en faisant sur le tégument une révulsion énergique, et en ayant recours aux inspirations réitérées d'oxygène.

frictions ne devant pas en général, ainsi que nous venons de le dire, dépasser 5 grammes par vingt-quatre heures.

Les contre-indications résident surtout dans les formes exanthématiques aiguës, diffuses, irritables ; dans le mauvais état du rein, etc. ; contre-indication générale chez les jeunes sujets et *absolue* pour les jeunes enfants.

Pour l'acide pyrogallique comme pour la chrysarobine, le procédé le plus actif réside dans les frictions avec les pommades, faites au frottoir, limitées autant que possible aux surfaces malades, lesquelles sont oblitérées ensuite avec les siccatifs, ou avec les adhésifs, ou par un pansement approprié. On indiquera avec soin aux intéressés que le *but* est de faire *pénétrer* dans l'élément psoriasique l'agent médicamenteux par une friction douce et suffisamment prolongée. Dans les deux médications, la friction faite, les régions ambiantes doivent être nettoyées et *préservées*.

L'excipient de choix pour le pyrogallol employé seul est la vaseline.

℞ Pyrogallol.	5 à 15	grammes.
Vaseline.	95 à 85	—

M. s. a.

Exécutée sur de grandes surfaces, cette médication ne peut être mise en pratique avec sécurité que sous la direction effective du médecin ; l'urine, nous ne nous lassons pas de le répéter, doit être incessamment surveillée ; les frictions interrompues sur les points où il se développe des phénomènes d'irritation ; et la médication externe totale suspendue au moindre malaise général avec coloration des urines ; ces précautions doivent être indiquées dans la prescription du médecin.

Ce que nous avons dit plus haut sur les applications de chrysarobine associée aux siccatifs, sur les emplâtres en général, et sur l'*emplâtre chrysophanique*, s'applique à la médication par l'acide pyrogallique.

La réduction pyrogallique du psoriasis s'opère un peu

moins rapidement, mais de la même manière que pour la chrysarobine ; l'érythème pyrogallique est moins prononcé, et la chromodermie ambiante plus foncée. La paume des mains, chez les sujets qui *manient* la pommade pyrogallique, se teint en noir foncé ; les cheveux en brun noir ; et des fragments d'exfoliation noirs restant, çà et là, adhérents à la surface des éléments psoriasiques, trahissent la nature du traitement employé. La zone anémique de réserve et de guérison a les mêmes caractères et la même valeur.

F. — PRÉPARATIONS MIXTES — ADJUVANTS — SUCCÉDANÉS

1° Si la chrysarobine et l'acide pyrogallique ne sont pas tolérés à leurs doses d'activité, ou si l'étendue des surfaces envahies est très considérable, les deux agents réducteurs peuvent être associés dans une même préparation, sans perdre, ni l'un ni l'autre, leurs propriétés, qui s'additionnent.

℞ Acide chrysophanique . .	ãã	2gr,50 à 5 grammes.
Acide pyrogallique. . . .		
Vaseline		95 à 90 grammes.

M. s. a.

2° Si l'action de cette préparation, n'est pas suffisante, on peut l'augmenter sans rendre l'application plus irritante, en y ajoutant, en quantités proportionnelles (de 2 à 5 p. 100), un ou plusieurs adjuvants. — *ichthyol, soufre précipité, acide salicylique, aristol*, etc.

Dans les mêmes conditions, si l'acide chrysophanique ne peut être employé à aucune dose — au cuir chevelu, à la face, aux mains, par exemple, et qu'il y ait, ce qui est la règle, intérêt à conserver l'acide pyrogallique sans que la dose en puisse être portée au taux d'activité, on a recours aux adjuvants, et on réalise des *formules* mixtes, en proportions variables selon les cas.

Dans les circonstances qui viennent d'être indiquées, ou pour des malades dont le traitement ne peut être très exacte-

ment surveillé, nous prescrivons très souvent une pommade ainsi composée, dont le degré d'activité est moyen :

℞ Acide pyrogallique. . . .		
Acide salicylique.	ãã	2gr,50 à 5 grammes.
Aristol.		
Ichthyol.		
Vaseline.		90 à 80 grammes.

M. s. a.

3° Avec les antipsoriasiques jusqu'à présent indiqués, on peut satisfaire à la presque totalité des indications du traitement des psoriasiques, il est rarement nécessaire de recourir aux succédanés, *anthrarobine*, *naphtaline*, *naphtol*, *gallanol*, etc.

A. — L'*anthrarobine*, préconisée par Behrend, peut être considérée comme un succédané de la chrysarobine, avec un pouvoir réducteur moindre, et une action irritante moins marquée, sans que l'on doive trop s'y fier; son pouvoir tinctorial est accentué. Soluble dans l'alcool, elle peut être appliquée directement sur les éléments psoriasiques pour être ensuite recouverte de traumaticine, ou de pellicule à l'acétone, etc. On l'emploie en pommades (5 à 20 p. 100), et en emplâtres.

B. — La *naphtaline*, en pommade, de 2 à 4 p. 30, avait été employée à l'hôpital Saint-Louis en 1840, par Emery[1]; la pommade était appliquée sur les plaques psoriasiques étendue sur des compresses; le caractère irritant de la naphtaline rendait nécessaires plusieurs interruptions d'emploi, pendant lesquelles on avait recours aux cataplasmes de fécule.

C. — Le *naphtol-β*, ou naphtaline oxygénée, a perdu l'odeur de la naphtaline et en grande partie ses propriétés irritantes; son pouvoir réducteur est peu accentué; il a été préconisé surtout par Kaposi. Très utile dans les phthiriases, les séborrhées, etc., il n'est, dans le traitement du psoriasis, qu'un succédané ou un correctif; soit pour des formes aiguës, des variétés pityrodes superficielles, soit pour la conclusion d'une

1. Emery. — Un mot sur l'emploi de la pommade à la naphtaline concrète dans le traitement du psoriasis, *Bull. de Thérap.*, t XXXIII, 1842.

série curative chez un sujet dont la peau ne supporte plus les réducteurs énergiques, ou pour la composition de pommades mixtes. Il a, à son actif, de n'avoir ni odeur ni action tinctoriale.

D. — Le *gallanol*, anilide du gallol (acide gallique) purifié, poudre blanche, impalpable, un peu adhésive aux doigts qui la pressent, comme l'aristol, est un agent réducteur préparé à l'état pur par le professeur Cazeneuve de Lyon[1]. Son action sur l'élément psoriasique est positive, mais relative, et variable; chez quelques sujets, de la façon la plus inopinée, il acquiert des propriétés irritantes actives, même à dose restreinte, et sans faute de technique.

IV

Pratique balnéaire, hydrothermale, hydrothérapique.

A. — PRATIQUE BALNÉAIRE

Le bain, dans le psoriasis, s'il pouvait être donné normalement, c'est-à-dire dirigé et surveillé par le médecin, et administré par des infirmiers bien dressés et surveillés, rendrait de très grands services, comme adjuvant ou correctif des traitements divers. Sur ce point et sous ce rapport, comme pour un trop grand nombre d'autres, nous ne sommes pas à l'avant-garde : même dans nos hôpitaux spéciaux, tout a été fait pour d'autres temps, et rien n'est organisé, — au sens exact de ce terme, — pour un traitement normal du psoriasis.

1° La *température* moyenne du bain varie de 32 à 35 et 36 centigrades, selon sa durée, selon la saison et suivant les indications particulières au sujet.

La *durée* de l'immersion se mesure de un quart d'heure à plusieurs heures. Quand le bain est destiné à laver la surface du corps, à déterger les éléments psoriasiques avant de

1. Cazeneuve. — *Institut*, 27 mars 1893. — Cazeneuve et Rollet. — *Lyon médical*, 9 avril 1893, p. 507, Rech. s. l'empl. du gallanol dans le trait. du psoriasis. — Cf. J. Gonnon. — Le gallanol, son étude et son emploi d. le trait. de l'eczéma et du psoriasis, *Thèse de Lyon*, 1893.

rétablir un pansement par les siccatifs ou par les emplâtres, à modérer l'action des antipsoriasiques, la durée suffisante est de 10 à 30 minutes — *bains courts*. Mais dans les cas de psoriasis ancien, profond, kératosique, rebelle, très étendu, lichénisé, etc., quand il faut agir directement par l'immersion sur la parakératose, et indirectement sur l'état vasculaire pathologique, la durée *utile* est toujours supérieure à une heure, de une heure et demie à six heures, progressivement, et augmentant d'une demi-heure à chaque bain — *bains prolongés*. Il s'agit alors d'une médication intensive qui réclame la direction médicale effective : le poids du corps sera noté régulièrement, et l'on s'assurera par l'analyse urinaire que le mouvement de dénutrition — action altérante — n'est pas trop rapide. Pour le bain prolongé, l'heure matinale est la meilleure ; le malade prend son premier repas une fois installé ; si la durée de l'immersion a dépassé trois heures, il doit être reporté à son lit en position horizontale.

2° La *composition* du bain des psoriasiques — bains *simples*, *alcalins*, avec le *goudron* — est déterminée par l'état d'irritabilité ou de tolérance de la peau saine ou altérée, et selon l'action à produire ; dans toutes les formes et dans tous les cas, elle est subordonnée à l'état de la santé générale, des fonctions du rein, et du système circulatoire.

Pour le bain ordinaire, ou alcalinisé *à réaction* (voy. p. 147), *bain court* si la parakératose est très accentuée, les éléments psoriasiques sont avant l'immersion imprégnés de *savon*, soit à la main, soit à la brosse, savon ordinaire, savon de potasse, savon au goudron ou à l'huile de cade, ou crème de savon à la glycérine, simple ou médicameuse.

3° Si la médication est faite par les emplâtres, les toiles médicamenteuses sont enlevées avant la mise au bain, ou dans le bain si leur adhérence était trop forte. C'est également avec le savon, avant le bain, ou après l'entrée dans l'eau, que sont enlevés les vernis et les colles ; et c'est à la sortie du bain que les nouvelles applications sont effectuées.

Quand le traitement se fait par les *pommades fortes*, on

ajourne la friction nouvelle à l'heure du coucher; et si à la suite du bain, la peau reste sèche, lisse, fendillée sur les placards, on fait une onction grasse simple, ou avec les *pâtes de zinc* faiblement salicylées s'il reste un peu d'irritation générale et de prurit.

4° Le *bain de goudron,* dans la pratique de Hebra-Kaposi, consiste à frictionner le malade dans le bain avec du savon, puis immédiatement après à faire une onction sur tous les éléments psoriasiques avec le goudron. Le patient est alors remis au bain où il séjourne de quatre à six heures et est ramené au lit, après avoir été lavé et essuyé.

Dans la *médication par le goudron,* le bain est un adjuvant indispensable, soit pour mettre, mécaniquement, l'élément psoriasique en état préparatoire opportun; soit pour le déterger avant de renouveler les divers pansements; soit pour libérer la peau saine et prévenir les complications de folliculites, d'érythème, etc. Il est nécessaire pour régler, modérer, limiter l'action médicamenteuse au moment de l'application du goudron ou à sa suite. Il sert enfin de véhicule et de modérateur au goudron pour les cas de psoriasis irritable, dans lesquels nous employons le *savon de goudron,* ou la teinture de *coaltar saponiné;* frictions avec le savon dans le bain, ou addition à l'eau du bain (bain de une à trois heures) de la dose tolérée de coaltar, en commençant par 100 à 200 grammes pour un bain de 200 litres.

5° Les *bains salins, salés,* les *bains sulfureux,* les *bains de mer* et les *douches marines,* peuvent, parfois, être utilisés pour l'état général des malades.

Quant aux bains tenant en dissolution des *substances toxiques,* particulièrement des *sels de mercure,* sauf rare exception, nous les rejetons de la thérapeutique du psoriasis, en raison de la surabsorption qui se fait au niveau des surfaces en état de parakératose hyperémique.

B. — PRATIQUE HYDRO-MINÉRALE

Quelque grande que soit, ou mieux, que doive devenir la part du bain dans le traitement du psoriasis, la cure hydrothermale proprement dite n'a pas pris le rang qui lui revient, et elle n'existe, en fait, que là où la composition chimique des eaux a été utilisée traditionnellement pour l'usage interne — *eaux arsenicales* — ou bien dans les stations où l'on sait employer le *bain prolongé*. Elle pourrait être réalisée dans beaucoup d'autres régions, où des médecins compétents et avisés sauraient utiliser le loisir et le repos des psoriasiques, et profiter de la saison chaude — toujours la plus favorable à une cure du psoriasis — pour les soumettre à un traitement intensif *interne et externe*. Les stations hydro-minérales, en particulier, dont les eaux à l'usage interne, peuvent remplir une indication générale favorable au psoriasique, et où l'on trouvera une installation suffisante pour les diverses modalités de la pratique balnéaire, soumise à la direction effective de médecins compétents, pourront réclamer le traitement du psoriasis.

Dans l'état actuel, nous avons à indiquer particulièrement trois stations : *Loèche*, *La Bourboule*, *Uriage*.

1° *Loëche-les-Bains* — (Leukerbad, Valais), *Sulfatées calciques moyennes, hyperthermales*, 51° C., ramenées dans les piscines communes à 35° C., souvent un peu plus. Bain de une à six ou huit heures, en une tenue ou en deux séances; une heure au début, et une demi-heure ou une heure de plus par jour. Beaucoup de psoriasiques, et quelques médecins, pensent que le maximum d'immersion doit être atteint le plus tôt possible, comme devant hâter la « *poussée* » traditionnelle et légendaire, que l'on prépare en outre par les *douches chaudes*, dont les malades ne craignent pas d'abuser. « Poussée » : *exanthème hydro-thermal* multiforme représenté typiquement par un érythème desquamatif scarlatiniforme, mais avec toutes les variétés individuelles. Action hydro-

thermale sur l'éruption réalisée non douteuse, avec ou sans épidermite; rechutes et récidives comme après toutes les médications du psoriasis quelles qu'elles soient. Durée de la cure, vingt à vingt-cinq jours.

2° *Uriage*, Isère (voyez plus haut, p. 152). Le bain prolongé, deux heures en moyenne, et les douches localisées, font depuis longtemps partie de la pratique de cette station, avec résultats du même ordre.

3° *La Bourboule* (Puy-de-Dôme). Bains courts ou prolongés, d'eau pure ou additionnée d'eau de la source Fenestre (arsenicale froide); douche, à 45° C., donnée en arrosoir.

C. — PRATIQUE HYDROTHÉRAPIQUE

1° Les pratiques hydrothérapiques, — si elles étaient à la portée de tous les malades, et familières à tous les médecins, — pourraient, autant peut-être que le bain prolongé, à moins de frais et en moins de temps surtout, combinées avec la sudation, intervenir dans une cure psoriasique, et être utilisées pour la prophylaxie. La *sudation*[1] et la *douche* actionnent

1. Le procédé externe de sudation préférable est l'étuve sèche, dont l'action réclame beaucoup moins de temps, et expose moins aux réactions nerveuses que le maillot sec et le maillot humide. Étuve sèche aérée, c'est-à-dire que l'appareil à sudation peut être placé dans une pièce aussi aérée qu'on le voudra, et où le patient respire à l'air libre. « Cet appareil est le « fauteuil à sudation ».

Voici sa description d'après Béni-Barde et Materne (*L'hydrothérapie dans les maladies chroniques et les maladies nerveuses*, Paris, 1894, p. 46). Une grande chaise de bois, entourée de cerceaux jusqu'à la hauteur des épaules, et percée sur la partie horizontale où doit reposer le siège, de quinze à vingt orifices de $0^m,01$ de diamètre. Entre les pieds de devant se trouve une planche verticale bien ajustée, également percée de trous, et reliée par son bord inférieur à un escabeau élevé à quelques centimètres au-dessus du sol, et destiné à recevoir les pieds du malade. Une lampe à alcool, ou un appareil à gaz, sont placés sur le sol au milieu de l'espace circonscrit par les quatre pieds de la chaise.

Le malade, entièrement nu, s'assied sur le siège du fauteuil qu'on fera bien de recouvrir d'une serviette mise en double et *moite*, afin d'éviter une trop vive chaleur, que l'on doit d'ailleurs régler par le volume du foyer de combustion. On entoure le fauteuil, en procédant d'arrière en avant, d'une large couverture de laine, que les cerceaux tiennent éloignés du corps, et que l'on fixe par son bord supérieur autour du cou du patient; on ramène les coins inférieurs par devant, en ayant soin de les rapprocher suffisamment pour empêcher la chaleur du foyer de s'échapper au dehors, et pour soustraire le malade au contact de

directement les éléments angio-parésique et parakératosique — décapage rapide, et décongestion angio-sthénique, — particulièrement dans les cas de psoriasis généralisé, hyper-squameux, rebelle.

Le procédé kératolytique de la sudation est connu; le psoriasique desquamant, comme l'ichthyosique, perd son aspect caractéristique quand arrivent les sudations profuses de l'été; et les médecins qui ont observé un grand nombre de psoriasiques, constatent que quelques-uns ont une *délitescence estivale normale*, et que l'été est la saison de choix pour toutes les cures merveilleuses de la maladie. La sudation représente donc un élément *rationnel* de la médication externe du psoriasis; on peut l'obtenir par d'autres procédés externes tels que l'enveloppement imperméable par exemple; mais le préférable est assurément *l'étuve mobile aérée*, telle que nous venons de la décrire. La durée de chaque application n'est pas longue; et il suffit ordinairement de provoquer la sudation deux ou trois fois dans une semaine; la douche elle-même prenant seulement quelques minutes, il est évident que, à résultat égal constaté, le procédé hydrothérapique actif serait préférable au bain de plusieurs heures.

Après cinq à dix minutes de sudation passées sur la chaise à étuve, ou étendu sur un lit de repos, enveloppé dans ses couvertures, le malade, ayant entr'ouvert son maillot dans la mesure nécessaire pour pouvoir marcher, est conduit à la *douche* qui est donnée *tiède*, courte au début, un peu augmentée dans les séances suivantes, et *refroidie* à la fin de son application — de dix à vingt-cinq secondes selon les sujets et la période

l'air extérieur sur la peau. De la même manière, mais en sens inverse, on dispose une seconde couverture, sur laquelle on étend un manteau imperméable.

La durée du temps nécessaire pour amener la sudation est de quinze à vingt-cinq minutes. La température est élevée graduellement de 40° à 45° ou 48° au maximum. Aussitôt que la sueur apparaît, on abaisse la température de l'étuve, en éteignant la lampe; on renouvelle l'air de la pièce; on place une compresse froide sur le front du patient, et on lui fait boire de l'eau fraîche à trois ou quatre reprises, par quarts de verre; la durée de cette dernière phase varie de cinq à dix minutes. Quelques malades préfèrent, au lieu de rester sur la chaise à sudation, s'allonger sur un lit de repos, enveloppés dans leurs couvertures.

— rapidement promenée sur le corps, de façon à produire l'action angiosthénique, la douche est continuée les jours intermédiaires aux sudations, sans préjudice des autres moyens de traitement local ou général mis en œuvre[1].

2° Quand il y aura quelque contre-indication à l'emploi de la sudation, ou quand celle-ci ne sera pas nécessaire, pendant les grandes chaleurs par exemple, ou dans les cas d'intensité moyenne ou faible, on pourra employer, isolée ou associée aux bains, la *douche générale tiède* un peu *prolongée*, en prenant la précaution de refroidir l'eau pendant quelques secondes au milieu de l'opération. Pour administrer cette douche, on commence avec de l'eau à 34° C. environ; après deux à cinq minutes, on fait arriver, en observant une progression légère, de l'eau fraîche ou froide, dont on arrose le patient pendant quelques secondes, et que l'on ramène immédiatement à la température initiale. Cette douche, s'applique aux formes anidrosiques, à placards parcheminés; elle a pour objet de rétablir le ton vasculaire dans le réseau veineux superficiel parésié — base essentielle du processus psoriasique.

Chez les psoriasiques congestifs, conservant, au niveau des surfaces momentanément guéries, des macules congestives, terrain préparé pour de nouvelles parakératoses, on pourrait essayer d'agir par l'emploi de douches assez longues — de trois à sept ou huit minutes — données avec de l'eau dont la température pourra varier entre 33 et 38° C. et en ayant soin de la refroidir pendant quelques secondes dans le cours de l'opération, qu'on terminera avec de l'eau un peu plus chaude, afin d'éviter toute réaction.

Enfin, *à titre prophylactique*, chez les enfants de psoriasiques, on pourrait ranger, au nombre des pratiques capables de lutter contre l'asthénie vasculaire périphérique, l'usage des *douches chaudes* ou *tièdes* plus ou moins prolongées, rafraîchies au

1. La douche terminée, on essuie le malade doucement, il boit un verre d'eau, et on lui recommande de faire une promenade ; s'il se sent fatigué, il peut prendre du repos au lit, mais il est préférable de l'inviter à marcher.

milieu de l'application et réchauffées à la fin. Quelquefois, surtout quand l'asthénie vasculaire est assez prononcée et que le malade est bien acclimaté, on peut terminer l'opération en refroidissant l'eau progressivement; Après les douches, ces malades ne seront pas frictionnés, il suffit de les essuyer[1].

1. Rien n'est une nouveauté. En 1839, Engel et Wertheim, médecins allemands, avaient sollicité du gouvernement français l'autorisation de fonder à Paris, un établissement hydrothérapique. Leur demande fut rejetée à la suite du rapport fait à l'Académie royale de médecine, par Roche, *Bulletin*, t. V, p. 496, 1840; mais, l'année suivante, Wertheim obtint de faire, à l'hôpital Saint-Louis, des expérimentations hydriatriques dans les services de Gibert et de Devergie. En ce qui concerne le psoriasis, les résultats obtenus parurent encourageants. Cependant, beaucoup d'années après, Devergie (édit. de 1857), et Gibert (*Traité pratique des maladies de la peau*, 3e édit., Paris, 1868), tout en recommandant encore l'hydrothérapie dans le psoriasis, ne semblent la considérer que comme un simple adjuvant, et n'arrivent à aucune conclusion ferme. Cette question, pourtant, a besoin d'être soumise à une enquête nouvelle, sous l'action des procédés hydrothérapiques actuels; le lecteur qui voudra, comme nous l'avons fait, reprendre la question à ses origines, trouvera les documents et les indications bibliographiques nécessaires dans le *Traité* de Gibert, cité ci-dessus (t. I, p. 440 à 445; il trouvera les rapports de Devergie, ainsi que l'ensemble des autres documents, dans les ouvrages suivants : H. Scoutetten. — De l'eau sous le rapport hygiénique et médical, ou de l'hydrothérapie; Paris et Strasbourg, 1843. — Gillebert d'Hercourt. — Observations sur l'hydrothérapie, Paris, 1855. — Lubanski. — — Études pratiques sur l'hydrothérapie; Paris, 1847. — De Ponte Réno. — L'eau, méthode spéciale de son emploi curatif; Paris, 1852. — Baldou. — Instruction pratique sur l'hydrothérapie; Paris, 1857. Et pour l'état actuel de la médication hydrothérapique en général, voy. Béni-Barde et Materne, cités plus haut, p. 339.

IV

TRAITEMENT DU PSORIASIS SELON LES RÉGIONS
TRAITEMENT DU PSORIASIS ARTHROPATHIQUE

I. Psoriasis de la tête. — II. Psoriasis des membres. — III. Psoriasis des plis de contact. — IV. Psoriasis des organes génitaux. — V. Psoriasis arthropathique.

Ce très court exposé réunit les indications complémentaires déterminées par la localisation régionale, et résume les particularités relatives à une forme spéciale, le psoriasis arthropathique. Il y est toujours supposé que le lecteur a pris connaissance de tout ce qui concerne le traitement du psoriasis, exposé dans les pages qui précèdent, non moins que du quatrième chapitre du traitement de l'eczéma (p. 201 à 247) où l'on retrouvera ce qui concerne les conditions spéciales aux régions pilaires, aux surfaces de contact, au pourtour des orifices naturels, et aux modes de pansement et de déligation propres à ces régions. Ce dernier chapitre complète les précédents; il ne les remplace pas.

I

Psoriasis de la tête.

A. — La marche à suivre diffère selon qu'on a affaire à de jeunes sujets ou à un homme, ou bien à une femme dont la chevelure doit être conservée. Chez l'homme et chez l'enfant, les cheveux sont coupés ras, aux ciseaux, et maintenus ras pendant toute la durée du traitement, et le plus longtemps possible à sa suite. S'il y a des agglomérations cornées épaisses et adhérentes, les douches pulvérisées, le bonnet de caoutchouc, les applications d'axonge, de savon mou de potasse, en opèrent promptement l'élimination.

La longueur de la chevelure, quand il est nécessaire de la

conserver chez l'homme — et régulièrement chez la femme — constitue, dans cette région, un obstacle considérable au traitement du psoriasis, maladie sans cesse récidivante. On devra recourir alors aux pratiques que nous avons indiquées à propos du traitement de l'eczéma du cuir chevelu dans des conditions anologues (voy. p. 203 à 206) : douches pulvérisées, bonnet de caoutchouc pour le décapage, application des pommades sur les éléments psoriasiques en pratiquant des raies à leur niveau, etc.

Si les cheveux sont noirs ou de teinte foncée, l'antipsoriasique de choix est le *pyrogallol*, en *pommade* de 5 à 15 p. 100. On fait le soir, avant le coucher, à l'aide de frottoirs garnis de peau, une friction *limitée* aux éléments psoriasiques qui doivent être *pénétrés* par l'agent réducteur; et la friction terminée, on essuie le cuir chevelu, on couvre la tête d'un bonnet. Le matin, *douche pulvérisée, coaltarée* — 1 à 10 pour 100 — ou friction au *savon doux, savon d'ichthyol, savon de goudron;* rinçage à eau chaude. Si le cuir chevelu est luisant, sec, plus ou moins vivement hyperémié, onction de vaseline après laquelle la tête est essuyée. Dans aucun cas, la chrysarobine ne convient à cause de la coloration rouge qu'elle donne aux cheveux de toute nuance, et des accidents de voisinage qu'elle détermine (voy. pp. 327, 328). Si les prescriptions sont bien exécutées, il est rare qu'il se produise le moindre accident de dermite ou de folliculite, et l'amélioration évolue, en général, rapidement.

Dans les formes mixtes ou ambiguës — psoriasis ou eczéma séborrhéique (?) — une *pommade composite — ichthyol* et *ac. pyrogallique*, de chaque égales quantités pour cent — trouve une indication précise et n'a d'autre écueil que l'odeur ichthyolée. Les préparations d'huile de cade (voy. plus haut, pp. 321 à 326) convenablement graduées conviennent à presque tous les cas, et, n'était l'odeur, seraient à utiliser le plus ordinairement. Les *pommades hydrargyriques mixtes, oxyde jaune* et *huile de cade,* par exemple, sont remarquablement appropriées aux éléments localisés et limités.

A la face, où le psoriasis est relativement rare et peu étendu sauf à la bordure frontale du cuir chevelu, aux oreilles, aux paupières, sur le dos du nez, il ne forme, d'ordinaire, que des localisations vagues, frustes et limitées. Dans les régions pilaires de la face, aux conduits auditifs, au pourtour des orifices, aux paupières, mêmes détails de technique que pour l'eczéma (voy. p. 206 à 223). Sur les parties glabres, pommades *non tinctoriales*, hydrargyriques particulièrement (voy. p. 326, 327); pommade au *naphtol;* emplâtres mercuriels localisés aux éléments psoriasiques, appliqués pendant la nuit seulement.

II

Psoriasis des membres.

A. — C'est seulement aux extrémités que le psoriasis des membres se particularise au point de vue du traitement. — *Ps. palmaire, plantaire, unguéal; Ps. verruqueux.*

Dans les régions palmaires et plantaires, *emplâtres* ou *pommades* au *pyrogallol*, à la *chrysarobine, huile de cade*, pure ou mitigée, ou *emplâtres à l'huile de cade, emplâtres de Vigo, pommades et emplâtres mixtes;* application le soir; gant de peau pendant la nuit; le matin, bain local *lysolé* ou *coaltaré*, nettoyage exact au savon d'*ichthyol*, assouplissement par la glycérine, puis la main est laissée libre pendant le jour quand cela est nécessaire. Soins consécutifs de protection et d'assouplissement des faces palmaires à l'aide des glycérolés, et des gants garnis, au niveau des surfaces malades, de toile fine de caoutchouc; dans quelques conditions professionnelles, demi-gants en caoutchouc élastique non vulcanisé.

B. — Qu'il y ait, ou non, psoriasis péri-unguéal, les lésions des ongles sont communes; elles peuvent exister uniques, sans psoriasis actuel ni antérieur d'aucun autre point du corps, et être le premier acte d'un psoriasis qui se généralisera plus tard. Dans le psoriasis ordinaire accompagné de lésions

unguéales, ce sont tantôt des taches sous-unguéales opaques, ou une opacification générale; tantôt, l'ongle conservant sa transparence, on observe des sillons transversaux profonds, uniques ou multiples, des exagérations diverses de la striation longitudinale physiologique, des ponctuations fines analogues à celles que ferait un poinçon sur la cire molle, etc. Ces dernières altérations, les plus ordinaires, n'ont rien de spécial; on les peut observer identiques chez les eczémateux. Quand il y a péri-onyxis localisé, ou par propagation, l'ongle est envahi comme dans les affections parasitaires, trichophyton, ou favus, sous des formes variées : dégénérescence lamelleuse opaque de l'ongle entier (surtout aux extrémités inférieures), avec épaississement, déformation et chute totale, exfoliation fibrillaire (en moelle de jonc), amincissement et friabilité extrêmes, inclusion de l'ongle sous un revêtement d'épiderme — psoriasis super-unguéal, obs. de Vérité — etc., etc. Dans les cas de dermatite exfoliante secondaire au psoriasis arthropathique, au psoriasis irritable, etc., il est très fréquent de voir l'ongle entier devenir plâtreux, opaque, se confondre avec le surtout squameux du doigt, et se détacher seul ou à la moindre traction, n'adhérant plus que par la ligne d'insertion radiculaire. La restitution de ces ongles se fait intégralement, alors même que leur mue se renouvelle à plusieurs reprises. Dans le psoriasis isolé des ongles, le début peut se faire par tous les points du lit de l'ongle, comme l'a très exactement observé Vérité; tantôt il apparaît comme une tache, quelquefois ecchymotique, d'autres fois comme une simple opacité, plus souvent latérale que centrale, et tendant à s'étaler vers les bords latéraux ou vers le bord libre; il est *décollant,* et le détachement partiel de l'ongle est un des caractères de l'évolution les plus importants, et les plus désagréables pour le patient. Quelquefois, tous les doigts, aux deux mains, sont atteints, tantôt quelques-uns seulement, d'ordinaire symétriquement. La marche du psoriasis des ongles est essentiellement torpide et longue[1].

1. Cf. A. Vérité. — Psoriasis super-unguéal. *Ann. de la Soc. d'Hydrol.*, t. XXI.

Le pronostic thérapeutique du psoriasis des ongles n'est pas absolument mauvais, la restitution à l'intégrité pouvant être complète; il reste médiocre au point de vue de la durée; malgré les médications intensives, le psoriasis unguéal s'éternise. Au cours du traitement on peut tailler, rogner, limer les ongles; et il faut les protéger, toutes les fois où cela est possible, par des doigtiers de peau ou de caoutchouc élastique non vulcanisé.

La médication par les emplâtres est la première à appliquer : après avoir pris un bain de mains tiède dans l'eau coaltarée ou lysolée, et enlevé à l'aide de la vaseline les reliquats des pansements précédents, chaque ongle est recouvert d'une plaquette d'emplâtre de *Vigo* fin et léger à l'*huile de cade*, d'*emplâtre pyrogallique* et au besoin *chrysophanique* (avec les précautions convenables) si un pansement tinctorial peut être accepté. Les plaquettes sont maintenues avec des doigtiers de peau ou de caoutchouc. Le pansement peut n'être appliqué que la nuit; le jour, les doigts sont libres ou gantés, ou garnis de doigtiers selon les circonstances.

Si les emplâtres ne sont pas applicables pour une raison ou pour une autre, frictions avec les pommades; badigeonnages avec l'*huile de cade*, ou avec l'*alcoolé de goudron* à parties égales, en ayant soin de faire parvenir la substance active sous les décollements.

En cas d'irritation produite, ou d'intolérance, pansements anodins, enveloppement imperméable immédiat à l'aide des doigtiers en caoutchouc, etc., etc.

C. — Dans les variétés verruqueuses du psoriasis des membres, quand les couches cornées sont assez épaisses pour nécessiter leur avulsion préliminaire, on peut souvent obtenir la macération kératolytique élémentaire par l'occlusion caoutchoutée. Quand les plaques verruqueuses constituent de véritables kératomes que les antipsoriasiques sont impuissants à dégager, on a recours aux agents plus énergiques de la médi-

Meneau. — Contribution à l'étude du psoriasis unguéal. *Bullet. de la Soc. franç. de dermatologie*, Paris, 1893, p. 232 à 248.

cation kératolytique — *savons de potasse salicylés*, *solutions étendues* de *potasse caustique*, *bains locaux boratés*, etc. Si les altérations sont limitées, — hyperkératose ou hyperlichénisation — on peut ruginer les plaques à l'aide des curettes tranchantes usitées en dermatothérapie, avec toutes les précautions aseptiques immédiates et consécutives de rigueur.

III

Psoriasis des plis de contact.

A. — Bien que le psoriasis normal occupe les sommets, et respecte les plis, les exceptions ne sont pas rares, soit que les lésions, en s'étalant, gagnent les surfaces de flexion et les plis, soit que, paradoxalement, elles y prennent siège exclusif. Chez les sujets obèses, arthritiques, obèses-glycosuriques, azoturiques ou non, le psoriasis, toujours particulièrement difficile à traiter alors même que son siège est normal, réclame, dans les formes intertrigineuses communes chez eux, des soins spéciaux et à titre prophylactique des précautions particulières de toilette locale habituelle. Il est vraisemblable que le terrain stéatidrosique, pour des raisons diverses, altérations des produits de sécrétion, irritation et hyperémie, proliférations microbiennes secondaires, etc., favorise la localisation paratypique du psoriasis, comme il détermine la localisation normale de l'eczéma.

B. — Les moyens d'action sont identiques à ceux du psoriasis des autres régions; mais des précautions spéciales sont nécessaires. Aux aisselles, les vêtements doivent être ouverts, de façon à dégager le pli de leurs couches accumulées; les toilettes locales au *savon d'ichthyol*, à l'*eau coaltarée* ou *lysolée* y sont obligatoires, le dosage des antipsoriasiques doit être abaissé, leur application régulièrement interrompue. Mêmes soins, plus nécessaires encore, à l'ombilic, aux plis sous-mammaires, sous-abdominaux et inguinaux; chez les obèses des deux sexes, séparation des surfaces de contact; à l'om-

bilic, maintenir dans la cavité une boulette de coton hydrophile, et dans les espaces inter-digitaux des pieds, plaquettes d'emplâtres, ou de *lint*, ou de coton hydrophile; *bains de pieds* tièdes *lysolés* ou *coaltarés* un à deux grammes de lysol, cinq à vingt grammes de coaltar pour un litre d'eau.

IV

Psoriasis des organes génitaux.

Mêmes soins que pour l'eczéma de ces régions et surtout protection indispensable des surfaces malades contre le contact de l'urine (voy. pp. 234 à 241): *huile de cade, pommades hydrargyriques. Bains locaux* avec solutions légères de *lysol* — 1 à 2 gr. — ou de *coaltar saponiné* — 2 à 10 gr. — pour un litre d'eau. Dans ces régions plus qu'en aucune autre, le précepte de faire pénétrer les agents médicamenteux dans l'épidermoderme exclusivement au niveau des éléments psoriasiques, et de protéger les parties saines alentour, est absolu; les frictions se font à la main ou avec des bourdonnets.

V

Traitement du psoriasis arthropathique.

A. — Il n'y a plus à contester la relation qui existe entre le psoriasis et un syndrome positif comprenant des arthropathies (dont quelques-unes du type le plus grave) avec troubles médullaires et psychiques, mélalgies, myalgies, névralgies, dystrophies diverses, infection et cachexie ultime. La littérature médicale antérieure contient quelques observations éparses de psoriasis avec lésions articulaires : en 1857, Devergie[1] signala le rapport en termes très nets; mais c'est en réa-

1. La description de Devergie est très remarquable; il s'en est fallu de bien peu qu'il ne comprît le rapport qui existe entre le psoriasis, et ce que nous avons

lité, depuis nos recherches, et par les travaux de nos élèves de l'hôpital Saint-Louis, que la question est entrée dans sa phase positive[1].

Dans le psoriasis arthropathique, il ne s'agit en aucune manière du psoriasis qui coexiste avec le rhumatisme, même quand il réalise des alternances ou des séries morbides familiales très dignes de remarque, mais d'un syndrome appartenant à l'essence même de la maladie psoriasique, et dont la notion a une importance majeure pour l'histoire et pour la conception générale de sa véritable nature (voy. p. 287).

B. — Le psoriasis arthropathique ne se compose pas seulement de cas graves, typiques, il en comprend un grand nombre d'ébauchés, de frustes, que l'on reconnaîtra aisément si l'on veut prendre la peine d'examiner complètement les malades dans cette direction ; on en trouve en permanence des exemples dans les services de l'hôpital Saint-Louis.

Dans les formes graves, insidieusement avec de longues rémissions, lentement mais d'un pas assuré, respectant longtemps les fonctions de nutrition et les centres psychiques, la maladie évolue vers la période de décadence et de cachexie[2].

appelé le *psoriasis arthropathique*, le *psoriasis infectieux*, la *cachexie psoriasique*, et qu'il n'ait dégagé la maladie de la goutte et du rhumatisme. Voici une partie de sa description :

« En cet état (le psoriasis invétéré) la maladie exerce une certaine influence sur l'économie en général : ces sujets s'amaigrissent, perdent de leurs forces, de leur souplesse dans les mouvements; ils deviennent un peu hébétés; en même temps, les doigts et les orteils se raidissent; chaque articulation des phalanges prend tout à fait la dispositien qu'elle offre dans la goutte arrivée à l'état chronique, ou dans le rhumatisme goutteux, les doigts sont anguleux, fléchis vers la paume de la main, sans tophus, mais sans qu'on puisse, aussi, les redresser; les ongles eux-mêmes deviennent malades... »

M. Moissenet, médecin de l'hospice de la vieillesse, a dans son service un grand nombre de ces individus infirmes, et notamment de ces vieux psoriasiques admis aux Incurables pour cause d'infirmité. *Traité pratique des maladies de la peau*, pp. 471, 472, Paris. 1857.

1. Voy. H. Duron. — Quelques considérations sur les rapports du psoriasis et du rhumatisme, et en particulier du rhumatisme fibreux, *Thèse* de Paris, 1886, Voy. surtout le très remarquable travail de notre élève distingué, Ch. Bourdillon. — Psoriasis et arthropathies, *Thèse* de Paris, 1888.

2. Voici les termes mêmes de la description de Devergie :

« Le malade est dans l'impossibilité d'exercer aucune profession ; sa marche est difficile, chancelante ; il s'amaigrit peu à peu, tout en conservant un assez bon état des voies digestives ; aussi ces malades deviennent-ils tous âgés, mais infirmes. »

Traité cité, p. 472.

C. — Le psoriasis conserve, dans la variété arthropathique, son immuable résistance à tous les moyens thérapeutiques; les incidents et les symptômes de la maladie peuvent s'atténuer ou s'effacer temporairement, ensemble ou séparément, et céder aussi aux diverses médications employées, mais toujours plus ou moins incomplètement, et pour un temps.

La lésion cutanée qui précède, accompagne, ou suit le développement des arthropathies, des mélalgies, des névralgies, etc., est rarement bénigne et curable; très fréquemment elle est irritable, repullulant incessamment, rebelle à toutes les médications externes. Les myalgies, névralgies mélalgies, etc., sont amendées et calmées par l'emploi des frictions, des badigeonnages de *chlorure de méthyle* (stypage), et à l'aide des *bromures*, de l'*opium*,, de la *série valérianique* et de l'*antipyrine;* mais, avec ce dernier analgésique, il faut de la réserve et de la surveillance, car il n'est pas toujours toléré, et il peut provoquer rapidement des généralisations scarlatiniformes ainsi que cela a été relevé chez une de nos malades[1].

L'*arsenic* est quelquefois favorable, quelquefois sans aucune action, sans qu'on en puisse discerner la raison individuelle.

L'*iodure de potassium* que nous avons largement mis en usage, est l'agent le plus actif contre les arthropathies, surtout si l'on agit de bonne heure, et s'il est toléré à haute dose: un de nos succès les plus positifs a été obtenu chez un malade qui a pu atteindre la dose quotidienne de 25 grammes par 24 heures; mais, l'éruption cutanée a persisté, irritable, repullulant sans cesse et ne tolérant pas les médications intensives. Il y a lieu d'étudier l'action des injections sous-cutanées de sels mercuriels insolubles, ou la mercurialisation interne, sans que l'on puisse, *a priori*, fonder de sérieuses espérances sur ce moyen dont l'action, quelque marquée qu'elle soit sur certains sujets, reste éventuelle et temporaire. Mais tout ici est à tenter, et, dès les premières périodes, les

1. Obs. II de la *Thèse* de Bourdillon, *loc. sup. cit.*

médications iodurée et mercurielle isolées ou associées, sont parfaitement justifiées.

Les tentatives que nous avons faites dans la *série électrothérapique*, ne nous ont donné aucun résultat manifeste, si ce n'est sur les altérations musculaires.

Les *douches brisées tempérées*, les *bains prolongés* sont utiles à titre épisodique, non curatif[1]; jamais l'amélioration temporaire obtenue n'a été en proportion des difficultés surmontées pour réaliser un traitement compliqué et laborieux. Les eaux d'*Aix* en Savoie, de *Plombières*, de *Néris*, de *Bourbonne* et de *Bourbon-l'Archambault*, etc., sont utilisables à titres divers, et sur indication formulée.

Dans tous les cas, les arthropathies proprement dites seront surveillées avec attention; les membres placés et *maintenus* dans l'attitude convenable; les frictions, le massage, les pointes de feu et l'électrisation musculaire rempliront les indications dérivant des troubles névrotrophiques péri-arthropathiques. A l'aide de ces soins incessants, et bien réglés, on pourra, le plus souvent, retarder et atténuer les accidents de la cachexie psoriasique, éviter les difformités qu'entraînent les arthropathies abandonnées à elles-mêmes et qui, une fois produites, sont toujours très difficiles, sinon impossibles à rectifier.

1. Voy. l'observation d'un de nos malades rapportée par Bourdillon, p. 172, 175.

TABLE DES MATIÈRES

TRAITEMENT DES MALADIES DE LA PEAU

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Notions pathologiques et indications thérapeutiques générales sur les maladies de la peau, par H. Hallopeau.

Pages.

I. *Division des indications en pathologie cutanée* 1

II. *Indications fournies par les causes* 5

A. Causes intrinsèques, p. 5.

1° Vices de nutrition, p. 5. — 2° Troubles des fonctions, p. 8.

B. Causes extrinsèques, p. 14.

1° Causes physiques, p. 14. — 2° Causes mécaniques, p. 14. — 3° Causes chimiques, p. 15. — 4° Causes animées, p. 15.
a. Parasites animaux, p. 16. — *b*. Parasites végétaux, p. 16.

III. *Indications fournies par les processus et les lésions* 20

IV. *Indications fournies par les symptômes* 21

CHAPITRE II

Traitement des érythèmes, par E. Gaucher et C. Barbe.

I. *Considérations générales* 22

II. *Traitement des érythèmes en général* 23

III. *Traitement des érythèmes de cause externe* 24

IV. *Intertrigo.—Erythème des nouveau-nés.—Intertrigo des diabétiques.* 24

V. *Érythèmes dus à des irritants divers* 25

VI. *Érythème paratrime* 25

Pages.
VII. *Érythèmes polymorphes* 25
VIII. *Erythèmes par ingestions médicamenteuses* 26
IX. *Érythèmes de cause nerveuse* 27

CHAPITRE III

Traitement des pityriasis, par H. Hallopeau.

I. *Considérations générales* 28
II. *Pityriasis rosé de Gibert* 28
III. *Pityriasis rubra chronique de Hebra* 30
IV. *Pityriasis rubra pilaire (lichen ruber acuminatus de Kaposi)* . . 31
V. *Pityriasis versicolore* 33

CHAPITRE IV

Traitement de l'urticaire, par E. Gaucher et C. Barbe.

I. *Traitement de l'urticaire d'après ses causes* 35
II. *Traitement de l'urticaire en général* 37

CHAPITRE V

Traitement des purpuras, par P. Aubert.

I. *Considérations générales* 39
II. *Purpuras de cause générale* 42
III. *Traitement des purpuras* 44

CHAPITRE VI

Traitement de l'herpès, par R. Du Castel.

I. *Considérations générales* 45
A. Herpès non récidivants, p. 45.
B. Herpès récidivants, p. 47.
1° Herpès génital de l'homme, p. 47. — 2° Herpès récidivant buccal, p. 48.
II. *Traitement* 50

CHAPITRE VII

Traitement des pemphigus, par H. Hallopeau.

Pages.

I. *Considérations générales* 55
II. *Indications fournies par les causes* 58
III. *Indications fournies par le processus et les lésions* 60
IV. *Indications fournies par les symptômes* 62

CHAPITRE VIII

Traitement de l'eczéma, par Ernest Besnier.

I

MEMENTO NOSOGRAPHIQUE ET NOSOLOGIQUE

I. *De l'eczématisation. — Lésions et lésions-symptômes. — Symptômes. — Formes cliniques* 65
II. *Aperçu sur les eczémas de Unna ou eczémas séborrhéiques* . . . 80

II

TRAITEMENT INTERNE DE L'ECZÉMA

I. *Indications générales* 94
II. *Régime des eczémateux* 98
III. *Médications communes* 102

A. Purgatifs. — Diurétiques. — Tisanes, p. 102.
B. Émétique. — Belladone et succédanés, p. 104.
C. Quinine. — Antipyrine. — Colchique. — Digitale. — Ergotine. — Strychnine, p. 106.
D. Fer. — Iode. — Huile de morue. — Iodure de potassium et mercure, p. 106.

IV. *Médication interne antiprurigineuse et analgésiante* 108
V. *Médications spéciales et eaux minérales* 112

A. Médication arsenicale.

1° Rôle thérapeutique et indications, p. 113. — 2° Pharmacologie, p. 114. — 3° Doses et administration, p. 116.

B. Médication alcaline, p. 117.
C. Médication sulfureuse, 119.

III

TRAITEMENT EXTERNE DE L'ECZÉMA

Pages.

I. *Avis préliminaires* 122

A. Recherche de la condition étiologique locale, p. 122.
B. Foyers initiaux et reliquats, p. 124.
C. Asepsie. — Occlusion. — Repos fonctionnel, etc., p. 126.
D. Indications locales selon la période, p. 127.
E. Tolérance individuelle, p. 127.
F. Précautions spéciales au premier âge, p. 128.
G. Antiprurigineux locaux, p. 129.
H. Contre-indications à l'emploi d'une médication locale active, p. 131.
I. Nécessité de la direction effective du traitement externe par le médecin, p. 132.

II. *Médications externes* 133

A. Poudres, p, 133.
B. Lotions. — Pulvérisations et douches. — Eau froide, réfrigération. — Bains simples et bains composés. — Pratique hydro-minérale externe, p. 137.

1° Lotions, p. 137. — 2° Pulvérisations et douches, p. 140. — 3° Eau froide. — Réfrigération, p. 142. — 4° Bains simples et bains composés, p. 143. — 5° Pratique hydro-minérale externe, p. 150.

C. Cataplasmes, p. 154.
D. Occlusion imperméable médiate ou pansements moites, simples et composés, p. 157.
E. Occlusion imperméable immédiate, p. 162.
F. Topiques gras, p. 169.

1° Excipients anciens et nouveaux, p. 171.
a. Excipients anciens, p. 171. — *b*. Excipients nouveaux, p. 172.
1° Vaselines, p. 172. — 2° Lainines, p. 172. — 3° Lainines composées, p. 173. — 4° Oléates, p. 173. — 5° Myronine, p. 173.
2° Technique et pharmacologie des pommades, des pâtes, des savons, des emplâtres, des gélatines, des vernis, p. 174.
a. Pommades, p. 174. — *b*. Pâtes ou pommades épaisses, non résineuses, p. 175. — *c*. Savons, p. 176. — *d*. Emplâtres, p. 177. — *e*. Gélatines, 181. — *f*. Vernis et pommades siccatives, p. 182.

G. Médications topiques, p. 183.

1° Médication anodine, occlusive, résolutive, kératoplasique, p. 184.
2° Médication substitutive, réductrice, intensive, p. 189.

a. Savon de potasse. — Emplâtres de savon salicylé, p. 189. — *b*. Soufre, ichthyol et thiol; préparations mixtes, p. 190. — *c*. Goudron, huiles de cade et de bouleau blanc, p. 192. — *d*. Pommades et emplâtres mercuriels, p. 194. — *e*. Agents de réduction : pyrogallol, chrysarobine et succédanés, p. 196. — *f*. Nitrate d'argent, p. 197. — *g*. Acide picrique, eau oxygénée, eau bioxydée, etc., p. 198.
3° Électrothérapie, p. 198.

Pages.

a. Indications générales, p. 199. — *b*. Matériel électro-thérapique, p. 199. — *c*. Technique, p. 200.

IV

TRAITEMENT DE L'ECZÉMA DANS LES DIVERSES RÉGIONS EN PARTICULIER

I. *Eczéma du cuir chevelu* 201

A. Période aiguë, p. 202. — *B*. Période d'état, p. 203.

II. *Eczéma de la barbe*. 206

III. *Eczéma généralisé de la face* 207

IV. *Eczéma des sourcils*. 209

V. *Eczéma des paupières*. 210

A. Eczéma commun, p. 210.
B. Eczéma conjonctivo-palpébral ou palpébro-conjonctival, p. 211.
C. Eczéma de la base des cils; blépharite ciliaire eczémateuse; marginalite eczémateuse, p. 212.

VI. *Eczéma des oreilles*. 213

VII. *Eczéma des lèvres* 216

A. Eczéma orbiculaire des lèvres, p. 216.
B. Eczéma hypertrophiant des lèvres supérieure ou inférieure, p. 217.
C. Eczéma sous-narinaire ou eczéma pilaire des narines, de la lèvre supérieure et du menton, p. 218.
D. Eczéma de la partie rouge des lèvres, eczéma névrotique, eczéma séborrhéique, p. 220.

VIII. *Eczéma des membres supérieurs, des mains* 223

IX. *Eczéma des ongles et dystrophies unguéales des eczémateux*. . 226

A. Eczéma des ongles, p. 226.
B. Dystrophies unguéales des eczémateux, p. 227.

X. *Eczéma des aisselles* 229

XI. *Eczéma du col*. 229

XII. *Eczéma des mamelles, du mamelon, de l'aréole*. 230

XIII. *Eczéma hyperstéatidrosique de la région sternale et de la rainure inter-scapulaire, ou hyperstéatidroses eczématiques à parasites stéaticoles des régions pré-thoracique et dorsale; lieux d'élection. — Eczémas flanellaires, etc.* 232

XIV. *Eczéma du nombril*. 233

XV. *Eczéma de la région pubienne*. 234

XVI. *Eczéma de la vulve*. 235

XVII. *Eczéma de l'anus*. 236

Pages.

XVIII. *Eczéma de la verge et du scrotum* 238

A. Eczéma du prépuce et du fourreau, p. 238.
B. Eczéma du gland, p. 239.
C. Eczéma du scrotum, p. 239.

XIX. *Eczéma des membres inférieurs*. 241

A. Eczéma des jambes, p. 241.
B. Eczéma de la partie supérieure des cuisses, p. 243.
C. Eczéma des creux poplités, p. 245.
D. Eczéma des pieds, p. 246.

CHAPITRE IX

Traitement de l'impétigo, par L. Brocq.

I. *Considérations générales* 248
II. *Traitement* 250

CHAPITRE X

Traitement de l'ecthyma, par L. Brocq.

I. *Considérations générales* 256
II. *Traitement* 257

CHAPITRE XI

Traitement du psoriasis, par Ernest Besnier.

I

MEMENTO NOSOGRAPHIQUE ET NOSOLOGIQUE

I. *Élément psoriasique. — Type et anomalies*. 263
II. *Marche. — Durée. — Rémissions. — Intermissions*. 271
III. *Aperçu sommaire de différenciation clinique : psoriasis et érythrodermies. — Pityriasis rubra pilaire, pityriasis rosé de Gibert. — Psoriasis et eczémas. — Psoriasis et lichen, « lichens », lichénisations. — Psoriasis et syphiliodermies. — Psoriasis et lupus érythémateux, séborrhées concrètes, trichophyties*. 273

A. Psoriasis et érythrodermies, p. 273.
B. Psoriasis et pityriasis, p. 276.
C. Psoriasis et eczémas, p. 278.
D. Psoriasis et lichen, « lichens », lichénisations, p. 280.
E. Psoriasis et syphiliodermies, p. 281.
F. Psoriasis, séborrhées, lupus, mycodermies, p. 284.

Pages.

IV. *Nature du psoriasis. — Prédisposition. — Contagiosité. — Inoculabilité. — Hérédité. — Théories nerveuse, parasitaire* 284

II

TRAITEMENT INTERNE DU PSORIASIS

I. *Indications générales et médications communes* 291

II. *Médications spéciales* 294

A. Arsenic, p. 294.
B. Salicylates de soude et de phénol, p. 298.
C. Tartre stibié, p. 298.
D. Digitale. — Ergotine. — Strychnine, p. 299.
E. Goudron. — Copahu. — Acide phénique. — Phosphore, etc., p. 300.
F. Mercure, p. 300.
G. Iodure de potassium, 307.
H. Opothérapie, 309.

III

TRAITEMENT EXTERNE DU PSORIASIS

I. *Avis préliminaires* 311

II. *Mode d'application des topiques* 315

A. Huiles. — Savons. — Pommades, p. 315.
B. Siccatifs médicamenteux. — Traumaticines et collodions, p. 317.
C. Emplâtres, p. 319.

III. *Antipsoriasiques : Graisses simples. — Goudron. — Mercure. — Chrysarobine. — Pyrogallol. — Succédanés et préparations mixtes.* 320

A. Graisses simples, p. 321.
B. Goudron, p. 321.
C. Mercure, p. 326.
D. Acide crysophanique, p. 327.
E. Acide pyrogallique, p. 330.
F. Préparations mixtes. — Adjuvants. — Succédanés, p. 333.

IV. *Pratique balnéaire, hydro-thermale, hydrothérapique* 335

A. Pratique balnéaire, p. 335.
B. Pratique hydro-minérale, p. 338.
C. Pratique hydrothérapique, p. 339.

IV

TRAITEMENT DU PSORIASIS SELON LES RÉGIONS
TRAITEMENT DU PSORIASIS ARTHROPATHIQUE

Pages.

I. *Psoriasis de la tête* 343
II. *Psoriasis des membres* 345
III. *Psoriasis des plis de contact* 348
IV. *Psoriasis des organes génitaux* 349
V. *Traitement du psoriasis arthropathique* 349

...ot et Renouard, 19, rue des Saints-Pères. — 34179.

3 2044 047 336 748

3 2044 047 336 748